



**Universidade de Aveiro**  
2010

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

**Ana Daniela de Pina  
Tavares**

**Idosos e Actividade Física  
- programas, qualidade de vida e atitudes**



**Ana Daniela de Pina  
Tavares**

**Idosos e Actividade Física  
- programas, qualidade de vida e atitudes**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, especializada em Gestão de Equipamentos, realizada sob a orientação científica do Doutor Aníbal Rui de Carvalho Antunes das Neves, Professor Auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Á minha mãe Fernanda.  
Ao Luís.

## **O júri**

Presidente

**Prof. Doutora Alcione Leite da Silva**

Professora associada convidada da Secção Autónoma de Ciências da Saúde Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Maria Joana Mesquita Cruz Barbosa de Carvalho**

Professora associada da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

**Prof. Doutor Aníbal Rui de Carvalho Antunes das Neves**

Professor auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

## **Agradecimentos**

Agradeço a todos quantos tornaram possível a concretização deste desafio.

Ao Prof. Doutor Aníbal Rui de Carvalho Antunes das Neves orientador científico deste trabalho um agradecimento especial pela disponibilidade, competência, transmissão de úteis ensinamentos, sugestões e por me abrir novos horizontes.

Às instituições e professores, pela identificação dos participantes. O seu papel como mediadores foi imprescindível.

Às pessoas idosas que aceitaram participar na investigação. Sem eles este estudo não seria possível.

Aos meus amigos Ana, Joana, Dionério e Inês pelo companheirismo que demonstraram nas jornadas da biblioteca.

À Daniela por ter estado sempre presente.

À minha mãe Fernanda pelo incentivo, determinação e infinito amor que me dá e pelo enorme apoio que me deu para entrar neste grande projecto.

Ao Luís, um especial agradecimento, pois seu o apoio incondicional, incentivo e motivação para pensar no futuro.

## Palavras-chave

Idosos, Programa, Actividade Física, Atitudes, Qualidade de Vida

## Resumo

**Objectivos:** O envelhecimento populacional exige que se conheçam as necessidades das pessoas idosas para promover políticas e programas adequados. Assim, com este estudo, pretende-se caracterizar os Programas de Actividade Física (Programas Autárquicos, Programas de IPSS e Programas de Ginásio) através dos anos de prática de Actividade Física (AF), do número de modalidades, das horas despendidas semanalmente, da percepção da Qualidade de Vida relacionada com a saúde e da atitude face à actividade física dos seus clientes.

**Metodologia:** Esta investigação possui um carácter exploratório-descritivo, comparativo e não experimental, sendo o processo de selecção do grupo de amostra realizada por conveniência. O grupo de amostra é constituído por 25 clientes do programa de AF de Autarquia, 25 clientes do programa de AF de Ginásio, 25 clientes do programa de AF de uma Instituição Particular de Solidariedade Social e 25 indivíduos que não praticam AF regularmente. Para recolher os dados foi construído um questionário com três partes: a primeira parte é de informação pessoal, a segunda parte é o questionário "Questionário MOS Short-Form Health Survey 12-Item" (SF-12) e a terceira parte é o questionário "Older Person' Attitudes Toward Physical Activity and Exercise Questionnaire".

**Resultados:** Constatou-se que todos os idosos da amostra têm uma atitude positiva face à AF. Analisando os grupos verifica-se que existe uma predominância do género feminino, casadas e que as idades variam de acordo com o programa inserido. O grupo de pessoas idosas menos velhas e com melhor percepção de Qualidade de Vida relacionada com a Saúde pratica AF no Ginásio e o grupo de pessoas idosas mais velhas e com menor percepção de Qualidade de Vida relacionada com a Saúde pratica AF na IPSS.

**Conclusão:** Existem diferenças significativas entre os clientes dos programas de AF ao nível da idade, escolaridade, rendimento, percepção de Qualidade de Vida relacionada com a Saúde e atitudes face à AF.

## **Keywords**

Elderly, Program, Physical Activity, Attitudes, Quality of Life

## **Abstract**

**Objectives:** The aging population requires knowing the needs of older people to promote policies and appropriate programs. Thus, this study seeks to characterize the clients of Physical Activity Programs (Autarchic Programs, Private Institution for Social Solidarity Programs and Gym Programs) through years of practice of Physical Activity (PA), number of procedures, hours spent weekly, perception of Quality Life-related Health and to physical activity attitude.

**Methodology:** This research has been explorative and descriptive, comparative and not experimental, and the process of selecting the sample group was for convenience. The sample consists of 25 clients of the Autarchic Programs, 25 clients of the program for Gym Programs, 25 clients of the program AF of a Private Institution for Social Solidarity Programs and 25 subjects who do not practice regularly physical activity. To collect the data we used a questionnaire with three parts: the first part of personal information, the second part is a "Questionnaire MOS Short-Form 12-Item Health Survey (SF-12) and the third part is the questionnaire " Older Person 'Attitudes Toward Physical Activity and Exercise Questionnaire".

**Results:** We found that all the elderly, of the sample, have a positive attitude towards physical activity. Analyzing the groups it appears that there is a predominance of female gender, married and the ages vary according to the program entered. The group with better quality of life related health perception and fewer older is the group of Gym Programs and the group with less quality of life related health perception and very older is the group of Private Institution for Social Solidarity Programs.

**Conclusion:** There are differences between clients of the programs of AF in terms of age, education, income, quality of life related to health perception and attitudes to AF.

## **Índice**

<i>Lista de Abreviaturas e Siglas</i> .....	5
<i>Introdução</i> .....	6
<i>Capítulo I – Enquadramento Teórico</i> .....	8
<b>1. Envelhecimento</b> .....	9
1.1 O envelhecimento populacional em Portugal .....	9
1.2 O processo de Envelhecimento .....	10
1.3 O envelhecimento activo.....	13
<b>2. Idosos e Qualidade de Vida</b> .....	17
2.1 Definição de Qualidade de Vida .....	17
2.2 Qualidade de Vida na Saúde .....	18
2.3 Medição da Qualidade de Vida.....	19
<b>3. Idosos e Actividade Física</b> .....	21
3.1 Conceito de Actividade Física .....	21
3.2 Tipos de Actividade Física.....	21
3.3 Benefícios da Actividade Física.....	22
3.4 Barreiras à prática de Actividade Física .....	27
<b>4. Atitudes dos Idosos perante a Actividade Física</b> .....	29
4.1 Conceito de Atitude .....	29
4.2 Medição de Atitudes .....	30
4.3 A Actividade Física e as Atitudes .....	31
<i>Capítulo II – Objecto de Estudo e Metodologia</i> .....	34
<b>1. Modelo de Investigação</b> .....	35
<b>2. Objecto de Estudo</b> .....	35
2.1 Objectivos do estudo.....	36
<b>3. Metodologia</b> .....	37
3.1 Grupos de estudo.....	37
3.1.1. Caracterização dos grupos.....	39
a. Clientes que praticam Actividade Física em Programas Autárquicos.....	39
b. Clientes que praticam Actividade Física em Programas de Ginásios .....	40
c. Clientes que praticam Actividade Física em Programas de IPSS.....	40
d. Pessoas que Não praticam Actividade Física regularmente .....	41



3.2 Recolha de Dados.....	42
3.3 Instrumento de recolha de dados.....	42
3.2.1 Questionário das Atitudes das pessoas idosas face à Actividade Física.....	43
3.2.2 Questionário de Qualidade de Vida relacionada com a saúde.....	45
3.4 Análise dos Dados Recolhidos.....	46
<b>Capítulo III – Apresentação dos Resultados .....</b>	<b>48</b>
1. Descrição dos grupos tendo em conta a Actividade Física .....	49
2. Análise das atitudes face à Actividade Física .....	50
2.1 Estudo da Escala de Atitudes de amostra .....	50
2.2 Estudo das Escalas das Atitudes dos grupos.....	51
3. Análise da Qualidade de Vida relacionada com a saúde.....	52
3.1 Estudo dos resultados da SF-12 da amostra .....	52
3.2 Estudo dos resultados da SF- 12 por grupos.....	53
4. Estudo das correlações .....	55
4.1. Correlações entre as variáveis dependentes principais (idade, rendimento, escolaridade, anos de prática de AF, número de horas semanais e número de modalidades praticadas).....	55
4.2. Correlações entre as variáveis (idade, rendimento, escolaridade, anos de prática, número de horas semanais e número de modalidades praticadas) e as variáveis (LT, PS, EV, BS, SFG e SMG).....	56
<b>Capítulo IV – Discussão dos Resultados .....</b>	<b>58</b>
1. Caracterização dos grupos.....	59
1.1 Caracterização dos grupos por Género .....	59
1.2 Caracterização dos grupos por Idade, Rendimento, Escolaridade e Estado Civil .....	61
1.3 Caracterização dos grupos por Actividade Física.....	63
1.4 Caracterização dos grupos por Atitudes face à Actividade Física.....	64
1.5 Caracterização dos grupos por Qualidade de Vida relacionada com saúde.....	66
<b>Capítulo V – Conclusões .....</b>	<b>68</b>
1. Conclusões Gerais.....	69
2. Limitações e recomendações para futuras investigações .....	70
<b>Bibliografia.....</b>	<b>72</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>82</b>

## **Índice de Figuras, Quadros e Tabelas**

### **Figuras**

Figura 1. Evolução da proporção da população idosa (65 ou mais anos), Portugal, 1960-2050.....	<b>10</b>
Figura 2. Objecto de estudo.....	<b>37</b>

### **Quadros**

Quadro 1. Alterações estruturais resultantes do envelhecimento e manifestações clínicas (adaptado de Spirduso, 2005) .....	<b>13</b>
Quadro 2. Caracterização dos programas em estudo .....	<b>39</b>
Quadro 3. Escala de Atitudes face à Actividade Física, com indicação dos itens e questões associadas.....	<b>45</b>
Quadro 4: Descrição Sumária da escala SF-12.....	<b>47</b>

### **Tabelas**

Tabela 1. Tabela descritiva do grupo do Programa Autárquico.....	<b>40</b>
Tabela 2. Tabela descritiva do grupo do Programa de Ginásio.....	<b>41</b>
Tabela 3. Tabela descritiva do grupo do Programa de IPSS.....	<b>41</b>
Tabela 4. Tabela descritiva do grupo que não praticam AF regularmente.....	<b>42</b>
Tabela 5. Tabela referente à AF dos clientes dos programas de AF, valores apresentados em Média e Desvio Padrão, n=25.....	<b>50</b>
Tabela 6. Tabela descritiva das atitudes face à AF, tendo em conta os subgrupos da escala, valores apresentados em Média e Desvio Padrão, n=100; valor de $\alpha$ de Cronbach da escala global.....	<b>51</b>

Tabela 7. Tabela descritiva das atitudes face à AF, tendo em conta os itens dos subgrupos da escala, valores apresentados em Média e Desvio Padrão, n=100; valor de $\alpha$ de Cronbach das sub-escalas, tendo em conta os itens correspondentes.....	52
Tabela 8. Tabela descritiva por Grupos de AF das atitudes face à AF, tendo em conta os subgrupos da escala, valores apresentados em Média e Desvio Padrão, n=25.....	53
Tabela 9. Tabela descritiva da QV relacionada com a saúde, tendo em conta os dois grupos e respectivos subgrupos, valores apresentados em Média e Desvio Padrão, n=100; valor de $\alpha$ de Cronbach da escala global e tendo em conta as sub-escalas.....	54
Tabela 10. Tabela descritiva por grupos de AF da QV relacionada com a saúde, tendo em conta os dois grupos e respectivos subgrupos, valores apresentados em Média e Desvio Padrão, N=25.....	55
Tabela 11. Correlações entre as variáveis dependentes (idade, rendimento, escolaridade, anos de prática, número de horas semanais e número de modalidades praticadas).....	56
Tabela 12. Correlações entre as variáveis principais (idade, rendimento, escolaridade, anos de prática, número de horas semanais e número de modalidades praticadas) e as variáveis (LT, PS, EV, BS, SFG e SMG).....	58
Tabela 13. Caracterização dos grupos por Género.....	61
Tabela 14. Caracterização dos grupos por Idade.....	62
Tabela 15. Caracterização dos grupos por Escolaridade.....	63
Tabela 16. Caracterização dos grupos por Rendimento.....	63
Tabela 17. Caracterização dos grupos por Estado Civil.....	64

**Lista de Abreviaturas e Siglas**

AF – Actividade Física

AVD – Actividades de Vida Diária

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

DE – Desempenho emocional

DF – Desempenho físico

FF – Função Física

FS – Função Social

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LAAC – Liga dos Amigos de Aguada de Cima

NPAF – Não praticantes de programas de Actividade Física

OPAPAEQ – Older Person Attitudes Toward Physical Activity and Exercise

Questionnaire.

PAF – Programa de Actividade Física

PAF\_ IPSS – Programa de Actividade Física da Instituição Particular de  
Solidariedade Social

PAF\_ Ginásios – Programa de Actividade Física do Ginásio

PAF\_ Autarquias – Programa de Actividade Física da Autarquia

QV – Qualidade de Vida

SF-12 – MOS Short-Form Health Survey 12-Item

SFG – Saúde Física Geral

SG – Saúde Geral

SM – Saúde Mental

SMG – Saúde Mentia Geral

VT – Vitalidade

WHO – World Health Organization

### Introdução

A população mundial está a envelhecer rapidamente na decorrência da descida das taxas de natalidade e mortalidade, de forma a responder a esta situação torna-se necessário criar estruturas sociais, estratégias tanto público-privadas que respondam às necessidades desta população (Amaro & Meira, 2006). Assim sendo, a investigação na área de Gerontologia possibilitará o desenvolvimento de produtos e serviços adequados.

Uma das áreas que detém mais investigação e divulgação, na área da Gerontologia é a Actividade Física (AF). A Carta de Toronto (2010) indica que a AF não só promove bem-estar, saúde física e mental, previne doenças, aumenta o contacto social e a QV aos indivíduos que a praticam, como também contribui para a sustentabilidade ambiental e providencia benefícios económicos para a sociedade. O principal objectivo desta Carta é a de fornecer ferramentas à criação de oportunidades sustentáveis para que todos os indivíduos possam usufruir de um estilo de vida saudável e fisicamente activo. Uma vez que a inactividade física é a quarta causa de mortalidade por doença crónica, assim como, os problemas cardíacos, os acidentes vasculares, a diabetes e o cancro (Salmon *et al*, 2010). A promoção de programas de AF não só ajudaria na diminuição da morbilidade da população, diminuindo os custos associados aos cuidados de saúde com a doença crónica, como também incentivaria a protecção ambiental, através da substituição dos carros pelas bicicletas e caminhadas (Salmon *et al*, 2010).

A World Health Organization considera que a AF é um dos principais factores a considerar para um Envelhecimento Activo e com Qualidade de Vida (QV). Assim, e tendo em conta que os benefícios da prática de AF são amplamente divulgados e projectados, pelas várias organizações competentes através dos meios de comunicação e das campanhas de promoção de Saúde, verifica-se um aumento da prática de AF nas pessoas idosas.

De forma a responder a este acréscimo verifica-se um aumento das respostas para a prática de AF, direccionado às pessoas idosas. Em relação a programas estruturados e que possam ser usufruídos por pessoas idosas identificou-se três tipos de programas de promoção de AF junto desta população e desenvolvidos em contextos diferentes: os programas Autárquicos, criados especialmente para esta população; os programas das

IPSS, que são um serviço prestado pela instituição; e os Ginásios privados, que embora não tenham como público-alvo pessoas com mais de 65 anos, identifica-se um aumento neste tipo de clientes. De facto, segundo o Eurobarometer (2010), cerca de 12 % dos inquiridos pratica AF em centros de Fitness, sendo que a média da União Europeia é de 11% e prevê-se que estes valores possam aumentar.

Tendo em conta que cada vez mais pessoas idosas praticam AF e que existem cada vez mais programas destinados a pessoas idosas considera-se pertinente estudar as características dos clientes destes programas, as atitudes face à AF e a sua percepção em relação à QV relacionada com a Saúde. Para desenvolver esta investigação considerou-se necessário definir que as pessoas idosas são indivíduos com idades iguais ou superiores a 65 anos e são caracterizados pela palavra clientes por pagarem o serviço em causa. Deste modo, com vista a enriquecer a Investigação em Gerontologia, considerou-se pertinente realizar o estudo “Idosos e Actividade Física - programas, qualidade de vida e atitudes”.

Com o objectivo de apresentar este estudo de uma forma clara, sistemática e objectiva decidiu-se organizá-lo em cinco capítulos.

O capítulo I – Enquadramento Teórico, é constituído por uma breve abordagem do quadro conceptual, explicitando a problemática em estudo, no qual são abordados os temas do envelhecimento e da AF, que são posteriormente relacionados com a QV e as atitudes face à AF.

O capítulo II – Objectivo de Estudo e Metodologia, integra o modelo de investigação, o objecto de estudo e os seus objectivos, seguido da descrição dos procedimentos metodológicos, composto pela definição dos grupos e respectiva caracterização, pela descrição dos instrumentos de recolha de dados e procedimentos para a análise dos dados recolhidos.

O capítulo III – Apresentação dos resultados, expõe os resultados obtidos da diferença entre os grupos nas respostas aos questionários.

O capítulo IV – Discussão dos Resultados, analisa os resultados contrapondo-os com os resultados de outras investigações.

O capítulo V – Conclusões, apresenta as conclusões gerais e sugere algumas recomendações para investigações futuras.



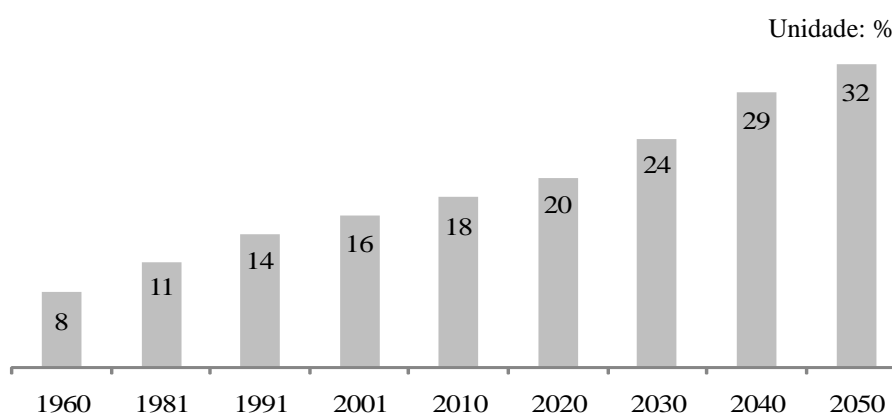
## **1. Envelhecimento**

### **1.1 O envelhecimento populacional em Portugal**

Hoje em dia, assistimos a dois fenómenos que, pela sua influência social, marcam o séc. XXI, são estes: a diminuição da natalidade e o aumento da esperança média de vida. A diminuição do número de jovens e portanto o estreitamento da base da pirâmide etária em Portugal associado ao aumento de pessoas idosas, caracterizado pelo alargamento do topo da pirâmide etária, origina o envelhecimento da população portuguesa.

Entre 1960 e 2001 a pirâmide demográfica traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem (0-14 anos) e um incremento de 140% da população idosa (65 e mais anos) (INE, 2002). Carrilho e Gonçalves (2004) indicam que a percentagem de pessoas idosas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001. De acordo com as mesmas estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 40 anos, representando, em 2050, 32% do total da população (Figura 1).

**Evolução da proporção da população idosa (65 ou mais anos), Portugal, 1960-2050**



**Figura 1.** Evolução da proporção da população idosa (65 ou mais anos), Portugal, 1960-2050.

Dados demográficos referentes a 2008, assinalam que a população residente em Portugal continua a tendência do envelhecimento. Sendo que a população com mais de 65 anos corresponde 17,4% e a população com mais de 80 anos corresponde 4,2%. Estima-se



que em 2060 a população com mais de 65 anos passe para 30,9% e com mais de 80 anos passe para 12,8% (Giannakouris, 2008).

O envelhecimento global no século XXI originará diversas consequências culturais e epidemiológicas (Martins, 2002) e causará um aumento significativo da procura de respostas sociais e económicas em todo o mundo (WHO, 2002). É neste contexto que o debate actual em torno do envelhecimento se centra, entre outras questões, no papel da família, no peso que esta evolução demográfica representa para o sistema social e nas políticas de saúde. Segundo um estudo divulgado pelo Alto Comissariado para a Saúde a população portuguesa envelhece com independência funcional e hábitos de vida favoráveis, sendo o limite estimado para o aparecimento de factores de dependência funcional a idade superior a 70 anos (Oliveira, *et al*, 2008).

A intensidade do envelhecimento populacional origina novos desafios mas também novas oportunidades de desenvolvimento de investigações para novos serviços. O que faz com que os temas relacionados com a população idosa sejam sempre actuais e necessários para uma sociedade cada vez mais envelhecida e que necessita de ser compreendida para que a sociedade responda às suas necessidades (Matsudo, 2006).

### **1.2 O processo de Envelhecimento**

Apesar deste aumento da longevidade se traduzir em aspectos positivos, é também importante reflectir que este processo de envelhecimento está ligado a perdas importantes em inúmeras capacidades físicas, as quais culminam, inevitavelmente, no declínio da capacidade funcional e da independência do idoso (Matsudo, 1997).

Segundo Paúl (2005) o envelhecimento tem três componentes: i) a senescência, em que o processo de envelhecimento biológico resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer; ii) um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário e iii) o envelhecimento psicológico, definido pela auto regulação do indivíduo no campo das forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e do envelhecimento. O crescimento e o envelhecimento nunca são o produto exclusivo de um único conjunto de determinantes, mas a consequência da nossa base filogenética, a nossa hereditariedade

única, e o nosso contexto sócio - cultural que impulsiona a expressão das nossas predisposições genéticas.

O envelhecimento é um processo fisiológico normal que decorre do processo biológico mas que não segue necessariamente o envelhecimento cronológico e apresenta uma acentuada variação individual (Spirduso, 2005).

Do mesmo modo que surgem diferentes definições de envelhecimento também existem várias teorias sobre o processo de envelhecimento. As teorias do envelhecimento podem-se dividir em dois grandes grupos: as **teorias genéticas** (que consideram a participação dos genes no processo de envelhecimento) e as **teorias estocásticas** (em que a perda de funcionalidade que acompanha o fenómeno de envelhecimento é causada pela acumulação aleatória de lesões, associadas à acção ambiental, em moléculas vitais, que provocam um declínio fisiológico progressivo). Nenhum dos grupos de teorias explicam completamente o processo de envelhecimento, no entanto, nenhuma teoria pode ser descartada (Mota, 2004)

Estas teorias biológicas do envelhecimento têm como aspectos em comum: a perda de funcionalidade progressiva com o consequente aumento da susceptibilidade e incidência de doenças; e o aumento da probabilidade de morte. Deste modo, torna-se importante entender os principais efeitos do envelhecimento em diferentes componentes da aptidão física, quadro 1: a nível antropométrico, órgãos sensitivos (pele, olhos e ouvidos), no sistema endócrino, no sistema renal-urinário, no sistema respiratório, no aparelho gastrointestinal, no sistema músculo-esquelético, no sistema cardiovascular, no sistema imunológico e no sistema nervoso central (Matsudo & Matsudo, 1997, 2000; Spirduso, 2005).

<b>Órgão ou Sistema</b>	<b>Alterações Estruturais com a Idade</b>	<b>Manifestações clínicas</b>
<b>Nível Antropométrico</b>	Diminuição da estatura; Aumento no peso.	Diminuição dos arcos dos pés; Aumento da curvatura da coluna vertebral por alteração dos discos intervertebrais; Aumento do diâmetro do crânio e da caixa torácica; Diminuição na massa livre de gordura; Aumento da gordura corporal; Diminuição da massa muscular; Diminuição da densidade óssea.
<b>Sistema Imunológico</b>	Redução das células T-Helper; Diminuição da funcionalidade das células B; Maior produção de imunoglobinas	Neoplasias; Susceptibilidade às infecções; Doenças auto-imunes; Déficit da resposta à imunização.
<b>Pele e anexos</b>	Atrofia do tecido subcutâneo; Redução da elasticidade; Aumento da fragilidade vascular; Fibrose peri-folicular; Diminuição das glândulas sebáceas; Diminuição da produção de vitamina D; Diminuição da sensibilidade de dor.	Rugas; Púrpura com pequenos traumatismos; Susceptibilidade a lesões por pressão; Cicatrização lenta; Pele seca e prurido; Redução da pilosidade.
<b>Olhos</b>	Alteração da elasticidade do cristalino; Alteração bioquímica do vítreo; Alteração funcional da retina.	Presbiopia; Cataratas; Glaucoma; Degeneração macular
<b>Ouvidos</b>	Diminuição do número e da função das células ciliares no aparelho vestibular	Hipoacusia para sons de alta frequência (agudos); Redução da discriminação dos sons; Redução do senso de posição; Tonturas com quedas frequentes.
<b>Sistema Endócrino</b>	Hipogonadismo; Diminuição da resposta insulínica à glicose; Aumento da adiposidade; Diminuição da sensibilidade à insulina; Diminuição da resposta tiroideia.	Menopausa/Andropausa; Sintomas vasomotores e atrofia vaginal; Diminuição da libido no homem; Redução da potência sexual no homem; Intolerância relativa à glicose; Diminuição da reserva tiróideia
<b>Sistema Renal - Urinário:</b>	Diminuição do número de nefrónios; Disfunção tubular; Diminuição do tónus e capacidade da bexiga; Redução do tónus esfinteriano; Hiperplasia prostática; Hipotonia dos músculos pélvicos (mulheres).	Redução da taxa de filtração glomerular; Diminuição da absorção tubular; Uropatia obstrutiva; Incontinência por distensão; Incontinência de stress (mecânico).
<b>Músculo-esquelético</b>	Redução da área das fibras; Diminuição do teor mineral ósseo; Diminuição da formação óssea; Proliferação tecido conjuntivo; Redução da cartilagem articular	Diminuição de 10-20% da força muscular; Maior vulnerabilidade às fracturas; Rigidez e inflamação articular; Artrite; Artrite Reumatoide; Osteoartrose.

<b>Órgão ou Sistema</b>	<b>Alterações Estruturais com a Idade</b>	<b>Manifestações clínicas (continuação)</b>
<b>Sistema Respiratório</b>	Redução da elasticidade pulmonar; Diminuição da musculatura ventilatória; Redução da clereance brônquica.	Redução da capacidade vital; Aumento do volume residual; Redução da capacidade ventilatória máxima; Diminuição da capacidade de difusão pulmonar O <sub>2</sub> ; Diminuição do fluxo expiratório máximo; Retenção de secreções; Aumento da ventilação durante o exercício.
<b>Aparelho gastrointestinal</b>	Redução da motilidade esofágica; Perda funcional do esfíncter gastro-esofágico; Redução da secreção gástrica de ácido; Redução da secreção gástrica tripsina; Redução da secreção gástrica pepsina; Redução do peristaltismo intestinal; Alteração das enzimas hepáticas	Disfagia; Refluxo gastro-esofágico; Hipocloridria com proliferação bacteriana; Obstipação; Alteração do metabolismo medicamentoso
<b>Sistema cardiovascular:</b>	Redução dos cardiomiócitos; Diminuição da distensibilidade ventricular; Diminuição da elasticidade dos vasos; Aumento das resistências vasculares; Redução da sensibilidade dos barorreceptores.	Diminuição do volume sistólico; Diminuição da utilização de O <sub>2</sub> pelos tecidos; Diminuição da frequência cardíaca; Diminuição da reserva cardíaca; Aumento da pressão do pulso; Hipertensão arterial; Hipotensão ortostática; Síncopes de repetição; Menor capacidade de adaptação e recuperação do exercício; Aumento do débito de O <sub>2</sub> .
<b>Sistema Nervoso Central</b>	Diminuição dos reflexos posturais; Redução da regulação autónoma; Perda de neurónios dos núcleos da base; Redução dos neurotransmissores colinérgicos; Diminuição da actividade da acetilcolinesterase.	Diminuição no fluxo sanguíneo cerebral; Hipotermia ou Hipertermia; Desidratação; Hipotensão ortostática, tonturas, síncopes; Movimentos mais lentos; Alterações no padrão do sono; Intolerância às variações térmicas ambientais; Redução da sede.

**Quadro 1.** Alterações estruturais resultantes do envelhecimento e manifestações clínicas (adaptado de Spirduso, 2005).

### **1.3 O envelhecimento activo**

O conceito de envelhecimento activo, criado pela World Health Organization (WHO), em 1997, tem como base o princípio de permitir aos idosos que permaneçam integrados e motivados na vida laboral e social (WHO, 2002).

Na Conferência Mundial sobre o Envelhecimento (WHO, 2002) para a primeira década do século XXI, o envelhecimento activo define-se como um processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a QV durante o envelhecimento.

A palavra “activo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho (WHO, 2002; Fernandes & Botelho, 2007). A abrangência da definição do conceito de envelhecimento activo, acima referido, pela WHO, tem como virtualidade as múltiplas vertentes e determinantes consideradas. No entanto, tal abrangência poderá perder-se nas apropriações mais usuais do termo, que o circunscrevem a questões como o exercício físico ou o prolongamento das actividades produtivas e não tem em conta as outras dinâmicas sociais (Almeida, 2007).

O envelhecimento activo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais e permite que as pessoas percebam o seu potencial para alcançar o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida. Sendo para isso necessário que as pessoas participem em acções da sociedade em que está integrado, para que a mesma responda às suas necessidades, desejos e quando necessário propicie protecção, segurança e cuidados adequados (WHO, 2002). Assim, o objectivo do envelhecimento activo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a QV das pessoas idosas, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (Fernandes & Botelho, 2007).

Os pilares que suportam o conceito de envelhecimento activo, são a participação social, a saúde e a segurança. O envelhecimento activo implica autonomia (controlo), independência (nas AVD – Actividades de Vida Diária e nas AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária), QV e expectativa de vida saudável (WHO, 2002; Paúl, 2005).

Como factores determinantes do envelhecimento activo, compreendido sempre numa perspectiva de género e de cultura, temos as características do indivíduo, as variáveis comportamentais, económicas, do meio físico e do meio social e ainda a saúde e serviços sociais (Paúl, 2005). Estes factores têm como finalidade a integração das pessoas na sociedade e para atingir este objectivo é importante considerar o ambiente físico, as condições habitacionais e a acessibilidade a ambientes agradáveis.

Condições de proximidade com vizinhos, amigos ou familiares, acesso facilitado a locais de abastecimento dos recursos diários necessários (acesso a bens alimentares e outros, farmácia, cuidados de saúde) são condições essenciais primárias para a manutenção da integração social (Fernandes & Botelho, 2007).

A WHO (2002) considera que a adopção de estilos de vida saudáveis e a participação activa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida. Assim sendo, o processo de envelhecimento é determinado pela forma como os indivíduos controlam a sua saúde pela promoção de estilos de vida saudáveis e pelo acesso a cuidados de saúde (Fernandes & Botelho, 2007).

De forma a prevenir doenças, o declínio funcional, estender a longevidade e aumentar a QV das pessoas idosas, nunca é tarde demais para que estes possam adoptar estilos de vida saudáveis, tais como, praticar AF regularmente, consumir uma alimentação saudável, abster-se do tabaco e álcool e fazer um uso correcto dos medicamentos.

Deste modo, apostar em programas de AF será uma opção para melhorar a saúde da população, de facto estimou-se que para cada dólar (0,66 €) investido em medidas para encorajar a actividade física moderada houve uma economia de 3,2 dólares (2,13 €) em despesas médicas (WHO, 2002). Para tal, é essencial que se criem oportunidades para a prática de exercício físico em espaços sem barreiras arquitectónicas e espaços de convívio, contrariando o isolamento e promovendo a integração familiar e social (Fernandes & Botelho, 2007).

### **Síntese**

Entre os ganhos mais importantes do século XX destacam-se o aumento da esperança média de vida das pessoas idosas. Este ganho deve-se à melhoria do saneamento básico e dos cuidados de saúde que levaram à diminuição da mortalidade.

Associado ao envelhecimento populacional surgem responsabilidades em relação aos cuidados consequentes do processo de envelhecimento que requerem serviços específicos que respondam às necessidades das pessoas idosas. De facto, embora viver mais tempo tenha sido uma vitória da comunidade global, o processo de envelhecimento normal representa o aparecimento de situações de fragilidade para as pessoas idosas. Entender as consequências do envelhecimento no organismo é a primeira fase para a criação de programas de promoção de saúde.

O envelhecimento activo surge como resposta a estas necessidades, tornando-se um dos objectivos dos indivíduos, das suas famílias e governantes. É na operacionalização do conceito de envelhecimento activo que surgem os programas de promoção de saúde. Uma das formas primárias da promoção de saúde e prevenção de doenças é a promoção da AF (WHO, 2002).

## **2. Idosos e Qualidade de Vida**

### **2.1 Definição de Qualidade de Vida**

A QV em pessoas idosas tem sido sujeita a vários debates e discussões por causa da indefinição do termo, no entanto é importante defini-lo para que a sua avaliação seja possível.

Na primeira metade do século XX, iniciou-se a análise objectiva do termo QV, no entanto teve uma abordagem puramente economicista, baseando-se nos indicadores sociais das pessoas tais como o rendimento *per capita*, os níveis de consumo, os sinais exteriores de riqueza, entre outros. Em 1991 Arnold identificou que a QV poderia ser influenciada por uma grande variedade de factores, tais como: a saúde física, emocional, intelectual e social, assim como, a satisfação de vida, a percepção da sua saúde, o estatuto económico, as actividades de lazer, a função sexual, a vitalidade e a energia (Volicer & Blomm-Charette, 1999). Embora haja uma concordância na maior parte dos factores não é consensual a definição de cada domínio (Sousa *et al.*, 2003).

A World Health Organization através do Grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) define QV como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.” É um conceito amplo uma vez que abrange vários factores, tais como: a saúde do indivíduo, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e o meio em que se encontra inserido (The WHOQOL Group, 1994).

De facto, a QV inclui uma ampla gama de áreas da vida do indivíduo. Segundo Victor *et al.* (2000) os modelos de QV variam entre a "satisfação com a vida" ou "bem-estar social" e entre os modelos baseados em conceitos de independência, controle e competência social e cognitiva.

A QV é um conceito intensamente marcado pela subjectividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, nomeadamente as componentes físico, psicológico, social, cultural ou espiritual e que sofre alterações consoante a evolução da



sociedade, que neste momento dá valor aos recursos materiais assim como ao direito de “gozar” a vida (Sousa *et al*, 2003).

Deste modo, ter QV não é apenas ter uma boa saúde física ou psicológica, mas é sentir-se bem consigo mesmo, com a sociedade e com o meio que o rodeia. Assim, para um indivíduo possuir QV deve ter-se em conta os factores sócio-ambientais (a habitação, os meios de transporte, a segurança, a assistência médica, as condições de trabalho e remuneração, a educação, as opções de lazer e o meio – ambiente) e os factores individuais (a hereditariedade, o estilo de vida, etc.). O estilo de vida que uma pessoa decide ter, tem repercussões importantes na sua QV, destacando-se a influência dos hábitos alimentares, da forma como lida com o stress, da forma como relaciona com as pessoas e da prática de AF moderada e regular (The WHOQOL Group, 1994).

### **2.2 Qualidade de Vida na Saúde**

A QV tornou-se um conceito amplamente difundido em diversas áreas, principalmente no meio académico, por meio de estudos científicos relacionados à saúde. Em 1946, a World Health Organization (WHO) define saúde como sendo “um estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença”. Esta abrangente definição indica que a medição da saúde e os efeitos dos cuidados de saúde deve não só incluir o controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento de esperança de vida mas também o bem-estar subjectivo da pessoa e a sua QV (WHO, 1946).

Bowling (1994) refere que a QV relacionada com a saúde é um conceito que representa a resposta subjectiva de um indivíduo, que avalia os efeitos físicos mentais e sociais da doença nas suas actividades de vida diária, tendo em conta que o indivíduo pode obter satisfação pessoal e sensação de bem-estar independentemente das circunstâncias da sua vida.

A QV relacionada com a Saúde é, portanto, um conceito mais específico do que o de QV geral, sendo muitas vezes utilizado como sinónimo do estado de saúde, estado funcional ou QV. O interesse do estudo deste conceito é recente e deriva da mudança do paradigma do modelo de Biomédico que determinou as políticas e práticas do sector de saúde nas últimas décadas. Passando nos últimos tempos, para um modelo Biopsicossocial que estuda os determinantes e condicionantes multi-factoriais do processo saúde-doença

(Marco, 2006). Com a mudança de paradigma na saúde, a qualidade de vida das pessoas é um dos factores que condiciona os resultados e serve para orientar a criação dos objectivos nos vários sectores de saúde (Seidl & Zannon, 2004).

### **2.3 Medição da Qualidade de Vida**

Em geral, QV sugere uma avaliação subjectiva da sua vida tendo em conta os seus componentes gerais (rede social, situação ocupacional e situação financeira). Esta subjectividade dos dados dificulta as áreas a incluir na definição (Volicer & Blomm-Charette, 1999). Assim, devido à complexidade do constructo e dos fenómenos que se pretendem avaliar, surgem diversos instrumentos de medição, muitos deles sem base científica. Entre os vários instrumentos utilizados, existe um fio condutor que os interliga, que é o facto de a QV ser composta por aspectos objectivos e subjectivos, positivos e negativos. As avaliações objectivas referem-se às consequências observáveis, enquanto as subjectivas dizem respeito à percepção ou avaliação pessoal sobre determinado aspecto abordado (Amendola & Alvarenga, 2008).

Em função da existência de várias divergências na avaliação deste conceito a World Health Organization, na década de 90 criou um grupo de peritos (WHOQOL Group) com o objectivo de debater o conceito de QV dentro de uma perspectiva transcultural, construindo um instrumento para a sua avaliação. Assim surge, em 1995, o WHOQOL-100 composto por 100 itens e em 1998 surge o WHOQOL-BREF composto por 26 itens validadas à população portuguesa em 2005.

Outro dos instrumentos mais utilizados para avaliar a QV relacionada com a saúde e validada para a população portuguesa por Ferreira, em 2000, é o 36 item Short FormHealth Survey Instrument (SF-36), resultado de um estudo de mais de dez anos levado a cabo por investigadores da Rand Corporation nos EUA e que foi denominado Medical Outcomes Study. O SF-36 é um questionário genérico, com conceitos não específicos para determinada idade, doença ou grupo de tratamento, de fácil administração e compreensão, podendo ser auto-aplicável ou respondido por entrevista (Ferreira, 1998). Desenvolvido a partir do 36 item Short Form Health Survey Instrument (SF-36) surgiu um questionário curto e de fácil aplicação o MOS Short-Form 12 Health Survey (SF-12).

### **Síntese**

O conceito de QV encontra-se envolto numa miríade de definições, em parte por ser um tema subjectivo e por outra porque cada autor define critérios diferentes para a sua avaliação.

A variedade de definições é de tal forma crescente que a WHO criou um grupo de especialista com o intuito de conceberem uma definição plausível. Estes definiram QV como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.” Como se verifica é uma definição abrangente mas com uma grande componente de subjectividade. A QV relacionada com a saúde é a percepção que a pessoa tem sobre a sua situação física e/ou mental, sendo portanto um conceito menos abrangente que a QV em si.

Com as diferentes definições existentes surgem associadas diferentes formas de a avaliarem, pelo que se deve utilizar o instrumento cujos resultados respondam aos objectivos do investigador.

### **3. Idosos e Actividade Física**

#### **3.1 Conceito de Actividade Física**

A AF é geralmente definida como “qualquer movimento associado à contracção muscular que faz aumentar o dispêndio de energia acima dos níveis de repouso” (Caspersen *et al.* 1986). Esta ampla definição inclui todos os contextos da AF, ou seja, a AF em momentos de lazer (incluindo actividades desportivas e de dança), AF ocupacional, AF em casa ou perto de casa, e a AF como caminhada.

#### **3.2 Tipos de Actividade Física**

Tendo em conta a abrangente definição de AF Ettinger (1996) defendeu a existência de dois tipos de AF: a AF como estilo de vida e a AF com exercícios estruturados, indicando que ambos são benéficos para a saúde.

A AF como estilo de vida inclui subir escadas, caminhar para fazer recados e jardinagem, sendo portanto, tudo o que mantém a pessoa activa no seu quotidiano. Este tipo de AF caracteriza-se por não acarretar nenhum custo financeiro, as pessoas não terem que mudar o seu vestiário nem ir para um local específico ou tomar um banho no final da sessão.

Já a AF com Exercícios Estruturados é constituída por exercícios repetitivos com o objectivo de melhorar a sua capacidade física. Como exemplo deste tipo de AF refere-se os grupos de Fitness, as caminhadas, a natação, o ciclismo, o jogging, a musculação, os alongamentos, o yoga e todos os desportos activos. Normalmente estes exercícios estabelecem que a pessoa saia de sua casa a uma determina hora do dia para ir para um local diferente.

Para realizar a AF com Exercícios Estruturados, é necessário estabelecer e criar programas formais de AF. Os programas de carácter formal devem ter objectivos definidos na sua programação sendo direccionados para a melhoria da forma de vida e deverão

incluir actividades agradáveis que envolvam a força, a resistência, a flexibilidade, a coordenação e o equilíbrio (Young & Dinan, 1994 *cit in* Faria & Marinho, 2004). O programa de exercícios para idosos deve proporcionar benefícios em relação às capacidades motoras que apoiam a realização das actividades da vida diária, melhorando a capacidade de trabalho e lazer e alterando a taxa de declínio do estado funcional (Matsudo & Matsudo, 1992).

Um programa de AF deve ser orientado para a melhorar a QV da pessoa idosa, diminuindo os efeitos nocivos consequentes do processo de envelhecimento. Para tal devem obedecer a alguns critérios (Takahashi & Tumelero, 2004):

- Promover actividades recreativas (para a produção de endorfinas responsáveis pela sensação de bem-estar e recuperação da auto-estima);
- Actividades de sociabilização (em grupo, com carácter lúdico);
- Actividades moderadas e progressivas (preparando gradativamente o organismo para suportar estímulos cada vez mais fortes);
- Actividade de força, com carga (principalmente para os músculos responsáveis por sustentação/postura, evitando cargas muito fortes e contracções isométricas);
- Actividades de resistência (com vista à redução das restrições no rendimento pessoal);
- Actividades aeróbicas de baixa intensidade (para reduzir a incidência de lesões);
- Exercícios de alongamento (ganho de flexibilidade e de mobilidade) e Actividades de relaxamento (diminuindo tensões musculares e mentais).

### **3.3 Benefícios da Actividade Física**

Os níveis de AF das pessoas que vivem em países industrializados têm diminuído nos últimos 100 anos. O aumento do número de horas de trabalho faz com que diminua o tempo de lazer, originando um estilo de vida sedentário para muitas pessoas e consequente diminuição da AF nas Actividades de Vida Diária.

Filósofos da antiga China e da Grécia já alertavam para os benefícios da AF regular na saúde, no entanto somente nos últimos 50 anos é que a comunidade científica tem-se

debruçado sobre benefícios da AF. Incutir a AF no estilo de vida é imprescindível para melhorar a saúde de uma pessoa.

Estudos demonstram que participar em actividades físicas regulares e moderadas pode retardar o declínio funcional dos indivíduos. De facto, aumentar a pratica de AF regular **aumenta** a longevidade, a flexibilidade, a funcionalidade e independência a resistência óssea, o bem-estar, melhora o sono, o controlo de peso e **diminui** o risco de enfarte do miocárdio, de Acidente Vascular Cerebral (AVC), de desenvolver Diabetes Mellitus tipo II, de algumas doenças neoplásicas, risco de fracturas, de desenvolver a depressão, obesidade, de perda de memória, de desenvolver demência e de desenvolver doença da vesícula biliar (Ettinger, 1996).

### **i. Longevidade**

Se uma pessoa se mantiver activa ao longo da sua vida viverá mais tempo que uma pessoa inactiva e sedentária (Ettinger, 2005; Paffenbarger, 1991). De facto, estudos indicam que indivíduos que adoptaram um estilo de vida saudável e indivíduos com alta aptidão física, têm menor riscos de doenças cardiovasculares vivendo em média mais dois anos que indivíduos sedentários (Matsudo, 2006). De forma a possuir um estilo de vida fisicamente activo que tenha impacto na saúde, cada indivíduo deve caminhar 10 minutos por dia (Ettinger, 2005). A alteração do estilo de vida, realizando AF regularmente, mesmo depois dos 50 anos tem impacto no risco de mortalidade das pessoas reduzindo-o para o mesmo nível dos indivíduos que praticam AF regular ao longo da sua vida (Byberg, 2009).

### **ii. Doenças cardiovasculares**

A AF regular e moderada reduz o risco de morte por problemas cardíacos em 20 e 25% entre pessoas com doença do coração diagnosticada (CDC, 2004). Segundo Matsudo & Matsudo (1992) a AF promove o aumento do volume sistólico, diminui a frequência cardíaca no repouso; aumenta a ventilação pulmonar; diminui a pressão arterial e melhora do perfil lipídico. As caminhadas e a realização de actividades de caminhada estruturadas por profissionais competentes, são muito recomendadas por estarem associadas à

diminuição do risco de doenças cardiovasculares (Sesso, 1999; Albright, 2006; Boone-Heinonen, 2009).

### **iii. Diabetes Mellitus de tipo II**

A incidência da Diabetes Mellitus de tipo II está a aumentar nos países desenvolvidos por causa da mudança dos factores ambientais (alimentação pobre e baixo nível de prática de AF), associada à genética dos indivíduos (Gill *et al*, 2008). A incidência desta patologia predispõe, o aparecimento de graves problemas de saúde, tais como, o enfarte do miocárdio, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), ou mesmo a cegueira e a falência renal. Pessoas com uma AF regular e que mantêm o peso normal têm menos probabilidade de desenvolver Diabetes Mellitus de tipo II (Hu *et al*, 2004). No entanto, se a pessoa idosa tem diabetes de tipo II a AF ajudará a manter os níveis de glicose sanguínea controláveis (CDC, 2004).

### **iv. Controlo do peso**

A obesidade é um problema de saúde pública e define-se como sendo a acumulação excessiva de gordura no tecido adiposo (Reis, 2009). O excesso de peso está relacionado com uma série de co-morbilidades, tais como, a hipertensão, as doenças cardíacas, o AVC, a Diabetes Mellitus de tipo II e alguns tipos de cancro. Além disso, prejudica a estrutura óssea prejudicando a artrite dos joelhos e origina problemas emocionais e sociais (Ettinger, 2005). A AF permite regular o peso do indivíduo, assim, de forma a prevenir o aumento do peso, é importante praticar AF mais de 30 minutos por dia. Para perder peso é essencial combinar a AF com uma dieta adequada e praticar AF entre 200 a 300 minutos por semana, enquanto que para manter os níveis de perda de peso é necessário praticar 40 a 90 minutos de AF por dia (Golberg & King, 2007). Deste modo, a realização de AF regular e de forma moderada fará com que os indivíduos possam desfrutar do benefício de ter o peso correcto e viver de uma forma saudável.

**v. Doenças neoplásicas**

A falta de AF é um dos factores para o aparecimento de certas doenças neoplásicas. A inactividade poderá originar cancro do cólon (Howard *et al.* 2008), aumentar o risco de cancro da mama (Gharbi *et al.* 2010), de cancro do útero (John, 2010), de cancro de pulmões (Tardon *et al.* 2004) e de cancro da próstata (Friedenreich & Thune, 2001). Estudos indicam ainda que a prática de AF ajuda a pessoa durante e depois do tratamento da neoplasia, contudo é necessário ter em conta o estágio em que se encontra a neoplasia e o estilo de vida do indivíduo (Matsudo & Matsudo 1992; CDC, 2004; Knols *et al.*, 2005).

**vi. A funcionalidade e a independência**

A prática de AF permite a manutenção da independência na realização das Actividades de Vida Diária (AVD), através da manutenção do sistema musculoesquelético. De facto, associado à inactividade prolongada surge o declínio da composição muscular e aeróbica o que leva a que a saúde da pessoa idosa se torne mais frágil. Com a diminuição da composição muscular e da capacidade do sistema aeróbico torna-se mais difícil para a pessoa idosa executar as suas tarefas diárias ficando, portanto, dependente de terceiros (Matsudo & Matsudo, 1992).

**vii. Resistência óssea e alívio da rigidez articular**

A resistência óssea pode ser preservada, tanto por homens como por mulheres, mantendo-se fisicamente activos, mesmo que tenham sido inactivos no passado (Matsudo & Matsudo, 1992). Analisando o processo de envelhecimento normal constata-se que há uma diminuição gradual da densidade óssea, daí que é importante participar em programas de AF que permitem manter ou até mesmo aumentar a densidade mineral óssea e de todo o organismo (Mezzo, 1998). Contudo, os benefícios estendem-se além do efeito directo na estrutura mineral óssea, pois se a pessoa idosa praticar regularmente AF, além de manter os ossos fortes fortalecerá os músculos, o que permite melhorar a sua coordenação e equilíbrio. Deste modo, praticar AF regularmente é essencial na prevenção das quedas,



fracturas e complicações associadas permitindo manter a autonomia e independência na realização das AVD (Aveiro *et al.* 2004).

### **viii. Humor e memória**

A prática de AF de forma regular pode ser uma intervenção comportamental importante para prevenir os sintomas de depressão nas pessoas idosas (Motl *et al.*, 2005). Sendo assim, a AF pode e deve ser um complemento à terapia tradicional pois permite que os indivíduos que sejam fisicamente activos tenham menos risco de desenvolver depressão e problemas de ansiedade (Martinsen, 2008). Destaca-se assim, a necessidade de consciencializar os profissionais de saúde para a necessidade de prescrição da AF para as pessoas idosas, como uma forma de atenuar os sintomas de depressão e ansiedade (Lee & Park, 2008).

As conclusões das investigações na área da memória e demência são sempre sujeitas a várias limitações metodológicas o que dificulta a generalização dos dados e origina a que as conclusões dos estudos sejam ambíguas (Lautenschlager *et al.* 2010). Contudo estudos revelam uma relação entre a prática regular de AF e a demência de tipo Alzheimer, sendo que, os indivíduos fisicamente activos têm menor risco de desenvolver a demência de tipo Alzheimer do que as pessoas inactivas (Lindsay *et al.* 2002).

Apesar de todos estes benefícios, uma grande proporção de idosos na maioria dos países leva uma vida sedentária (Reis, 2009). Populações com baixo rendimento, minorias étnicas e pessoas idosas com deficiências são frequentemente inactivos. Políticas e programas deveriam estimular pessoas inactivas a tornarem-se mais activas à medida que envelhecem, garantindo-lhes oportunidades.

### 3.4 Barreiras à prática de Actividade Física

Como se encontra acima referido, um estilo de vida fisicamente activo tem impacto na prevenção da doença crónica e na promoção da saúde e bem-estar, tornando-se indiscutível a sua importância para a saúde e QV de idosos, todavia, um dos maiores desafios da actualidade é aumentar o número de pessoas idosas que praticam AF (Schutzer, 2004). Com o intuito de perceber a relação que as pessoas idosas têm com a AF evidencia-se a importância dos estudos em relação à motivação, às barreiras, aos facilitadores e às atitudes para a prática de actividades físicas pela população idosa (RoperASW, 2002).

Deste modo, os profissionais na área da AF devem orientar as pessoas idosas para programas gradativos e cujo objectivo seja a reabilitação física, nomeadamente ao nível da mobilidade. Assim sendo, é importante providenciar áreas seguras para caminhadas e apoiar actividades comunitárias culturalmente apropriadas que estimulem a AF e que sejam organizadas e lideradas pelos próprios idosos (Ettinger, 2006).

A RoperASW realizou um estudo em 2002, em que concluiu que as razões para não participarem em programas de AF são: problemas de saúde (por patologias que sofrem no momento ou pelo medo de se magoarem), dificuldades financeiras na adesão ao ginásio ou aulas, não possuir um local para exercitar de forma segura e barata, não ter ninguém com quem fazer exercício físico, inexperiência e falta de conhecimento de como fazer o exercício físico.

Schutzer em 2004 compara as barreiras à prática de AF dos jovens com pessoas idosas e conclui que as pessoas idosas indicam a sua saúde como sendo o principal obstáculo à prática de AF. Além disso, realçou a importância do ambiente, sendo que um ambiente seguro com parques adaptados à prática de AF facilita a prática da AF ao contrário dos ambientes de crime e violência que afastam as pessoas da rua. As pessoas idosas ainda apontaram como barreiras a falta de prescrição médica e as percepções de infância que detém em relação à AF. A falta de conhecimento em relação ao benefício do exercício moderado na saúde é também uma barreira à sua prática, uma vez que as pessoas idosas consideram que as actividades da vida diária são o único exercício que necessitam.

Assim, pode-se verificar que diversos factores afectam a adesão das pessoas idosas a programas de AF. Um estilo de vida fisicamente activo pode ser determinado pelas características demográficas, pelo conhecimento, pelas atitudes e crenças sobre o exercício

físico, assim como pelos factores ambientais. Estes factores que poderão influenciar o comportamento activo das pessoas idosas são importantes para desenvolver políticas relevantes, intervenções eficazes e programas que respondam às necessidades das pessoas idosas (Almeida, 2007).

### **Síntese**

A AF é fundamental para um envelhecimento saudável, prevenindo o envelhecimento precoce e melhorando a QV. Os benefícios da AF encontram-se bem documentados na literatura científica e são divulgados activamente através de diversos meios de comunicação e publicidade.

Cada vez mais a responsabilização do indivíduo pela sua própria saúde fomentam campanhas de prevenção e promoção de saúde. De facto, estas campanhas estão a ter sucesso devido ao número crescente de pessoas idosas a praticar AF nos vários programas em que estão inseridos, no entanto é imperativo que estes programas tenham em conta as barreiras à prática de AF por parte de pessoas idosas para que respondam às suas necessidades e vontades.

## **4. Atitudes dos Idosos perante a Actividade Física**

### **4.1 Conceito de Atitude**

O conceito de atitude tem sido amplamente estudado na área da Psicossociologia, com Allport em 1935 a compilar mais de 100 definições de atitudes, conclui-se que este assunto é estudado tendo em conta a perspectiva do investigador. Rodrigues (1992) indicou três importantes factores que levam os investigadores a aprofundarem esta temática: i) as atitudes constituem bons preditores de comportamentos, ii) as atitudes sociais desempenham funções específicas para cada indivíduo, ajudando-o a formar uma ideia estável da realidade em que vive e iii) as atitudes são a base de uma série de situações sociais importantes, tais como as relações de amizade e situações de conflito.

Thurstone em 1928 definiu atitude como sendo “a intensidade do afecto pró ou contra um objecto psicológico”. Em 1935, Allport introduziu a definição clássica da atitude como sendo “um estado mental e neurológico de prontidão, organizado através das experiências, capaz de exercer uma influência directa ou dinâmica sobre a resposta do indivíduo a todos os objectos e situações com que está relacionada” (Eagly & Chaiken, 1998:269).

Rodrigues (1992) define atitude como sendo uma organização sólida de crenças e cognições, dotada de carga afectiva pró e contra um objecto social definido, que predispõe a uma cognição e afectos relativos a este objecto. As atitudes não são observáveis, no entanto, são directamente inferíveis dos comportamentos observados. As atitudes são organizadas tendo em conta três componentes: a componente cognitiva, a componente afectiva e a componente comportamental. A componente cognitiva é a representação cognitiva, composta pelas ideias e valores referente a um objecto, que pode ser, pessoa, situação, grupo social, entre outros. A componente afectiva refere-se aos sentimentos e ao sistema de valores da pessoa, que se materializa no desenvolvimento de sentimentos positivos ou negativos, agradáveis ou desagradáveis, relativamente ao objecto social. A componente comportamental é constituída pelo conjunto de respostas do sujeito face ao objecto social e que depende das ideias, crenças e valores.

As atitudes influenciam vários fenómenos psicológicos tais como a motivação, a percepção e a aprendizagem. As atitudes consideradas isoladamente podem levar a

predições erróneas do comportamento, no entanto conhecendo a atitude que uma pessoa tem em relação a um objecto social facilmente se prevê o seu comportamento. Comportamento esse que é mais fácil de prever quando as situações consideradas são simples.

De acordo com Terry *et al.*, 1997 uma atitude é definida em termos de uma avaliação geral do objecto com o qual se tem uma atitude, mas pode expressar-se em termos de opiniões, emoções (paixão/ódio, atracção/repulsão) e comportamentos (Eagly & Chaiken, 1998).

As atitudes não são inatas, são adquiridas no processo de integração do indivíduo à sociedade, nomeadamente, no convívio familiar e na comunitário. Esta interacção entre o indivíduo e o meio proporciona-lhe uma vivência revelada através das suas atitudes individuais (Eagly & Chaiken, 1998).

### **4.2 Medição de Atitudes**

As atitudes, como referenciado anteriormente, não são directamente observáveis, deste modo, se um investigador quiser conhecer as atitudes de uma pessoa em relação a um objecto social tem duas formas de o fazer: uma metodologia directa e a outra indirecta (Bohner & Wanke, 2002). A metodologia directa consiste na utilização de questionários, entrevistas, ou na observação directa de comportamentos. Já a metodologia indirecta é utilizada por investigadores que duvidam da primeira metodologia e utilizam medidas mais discretas ou dissimuladas de forma a não comprometer a resposta correcta (Bohner & Wanke, 2002; Aiken, 2002). Como metodologia indirecta das atitudes existe o “número errado” e a “carta perdida”. No primeiro exemplo telefona-se para uma pessoa e diz-se que se enganou no número mas que não tem dinheiro para telefonar ao número pretendido, então pede à pessoa que atendeu se o pode fazer, no segundo exemplo são espalhadas cartas com o endereço do investigador ou instituição e são colocados em locais movimentados. Em ambos os exemplos as atitudes das pessoas referentes às situações que lhes são colocadas são medidas através dos seus comportamentos (se realiza a chamada ou manda a carta), contudo esta metodologia tem custos associados e necessita de uma janela temporal do estudo alargada (Aiken, 2002).

A forma mais directa de determinar as atitudes das pessoas em relação a um determinado objecto social é observar o comportamento que tem ao confrontar-se com a situação (Ostrom, 1989). A exemplo deste tipo de observações do comportamento, apontam-se os favores a outrem, a assinatura de uma petição, ou fazer um donativo a uma causa, como estas situações podem ser esporádicas a observação comportamental pode não ser um indicador válido da atitude de uma pessoa numa situação. A entrevista e os questionários são a forma mais comum da medição directa, e considera que os entrevistados estão conscientes das suas atitudes e que não serão influenciados pelas questões (Aiken, 2002).

Deste modo, tendo em conta que a metodologia directa é mais rápida na recolha dos dados as escalas de atitudes constituem umas das técnicas utilizadas para medir a qualidade, o grau de intensidade e a direcção das atitudes através das opiniões dos indivíduos (Erwin, 2001). Embora existam diversos tipos de escalas as mais usadas são as escalas de Thurstone e as de Lickert.

As primeiras são uma escala de medida de valores que se centra na procura de objectividade na selecção das frases face às quais os indivíduos apenas assinalam aquelas com as quais concordam. É uma técnica de difícil e demorada construção (Thurstone e Chave, 1929 apud Rodrigues, 1992).

Por sua vez, a escala de Likert é uma das mais usadas para a medida das atitudes: nesta é pedido ao indivíduo que, de acordo com a sua opinião, manifeste a sua concordância ou discordância ao assinalar na escala o valor que corresponde à intensidade do seu pensamento. É uma técnica de aplicação mais rápida e de baixos custos (Rodrigues, 1992).

### **4.3 A Actividade Física e as Atitudes**

O significado atribuído à AF depende, sobretudo, das atitudes que a pessoa tem em relação à sua prática. As atitudes em relação à AF são por sua vez, influenciadas pela prática ou não de AF ao longo da vida do indivíduo.

Os estudos das atitudes face à AF têm como objectivo identificar os factores que contribuem para a adesão ao exercício, é importante identificar quais as atitudes que as pessoas idosas têm em relação à AF para que os programas de AF desenvolvidos de forma

a responder às verdadeiras necessidades das pessoas. Os programas devem ser concebidos de forma a que sejam adequados e personalizados à pessoa idosa com a finalidade de manter o nível de prática, a continuidade e a integração da AF no seu estilo de vida.

Entre os principais motivos apontados pelas pessoas idosas para a prática de AF, destaca-se o facto de ser uma oportunidade de melhorar a saúde e a capacidade física; sociabilizar; relaxar; promover o bem-estar e de ultrapassar um desafio que lhes é colocado (Cardoso & Borges, 2008). Contudo, existem atitudes que influenciam a prática de AF como as limitações funcionais e as experiências físicas anteriores (Bean *et al.*, 2007). Consequentemente, uma atitude positiva face ao exercício pode ser uma determinante de um estilo de vida fisicamente activo (Terry *et al.*, 1996).

A prática de exercício físico é essencial para desenvolver um estilo de vida saudável da pessoa idosa, que só resulta se a própria pessoa demonstrar vontade em participar nos programas de AF e integra-los nas suas AVD. O estudo das atitudes é, portanto, fundamental para entender os comportamentos das pessoas idosas.

Deste modo, é fundamental a promoção de programas adequados de AF para todas as pessoas idosas, através dos programas autárquicos, instituições de apoio a pessoas idosas e ginásios privados, proporcionando-lhes uma melhoria da sua QV (Oliveira e Duarte, 1999).

A atitude individual de uma pessoa, é expressa através das suas opiniões e valores pessoais, contudo esses valores são confrontadas continuamente pela sociedade, pelas pessoas com quem se relaciona e pelos meios de comunicação (Internet, Mass media), podendo potenciar modificações nas suas opiniões (Eagly & Chaiken, 1998).

### **Síntese**

As atitudes reflectem-se nos comportamentos das pessoas, nas suas escolhas e na concepção dos seus objectivos a longo prazo. Compreender este fenómeno psicossocial poderá fazer com que se possa prever os comportamentos que as pessoas idosas terão, contudo não é um conceito fácil de avaliar e medir devido ao seu carácter multidimensional.

Havendo cada vez mais pessoas idosas a praticar AF, torna-se necessário entender as suas atitudes face à mesma para compreender de que forma os programas existentes correspondem ou não às suas necessidades. Sabe-se que se uma pessoa possuir uma atitude positiva face à AF ao longo da sua vida terá uma atitude positiva também na velhice.



**Capítulo II – Objecto de Estudo e Metodologia**

## **1. Modelo de Investigação**

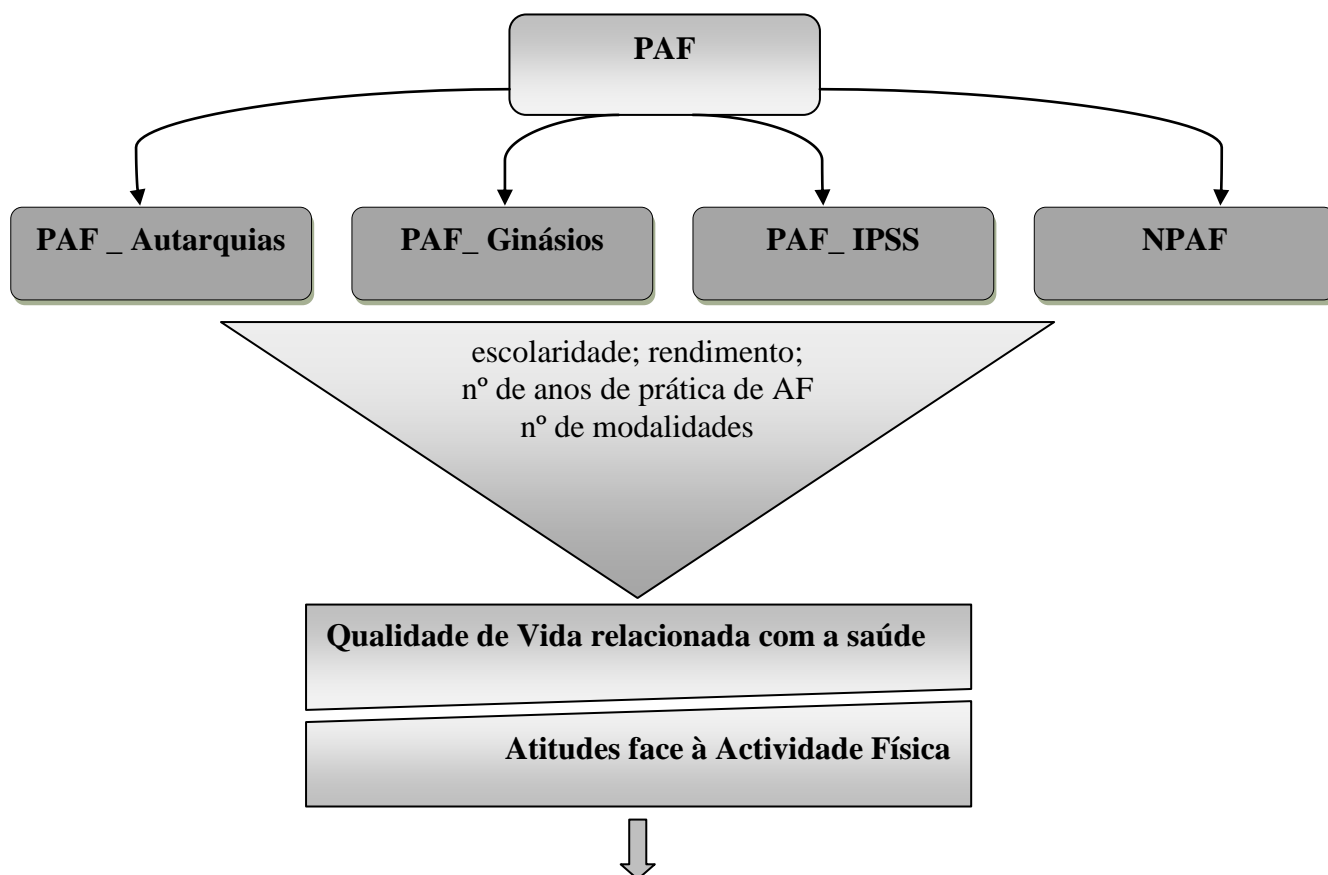
O plano de Investigação foi elaborado segundo um desenho estruturado e transversal, enquadrado no paradigma da metodologia exploratório-descritiva, comparativa e não experimental, sendo o processo de selecção do grupo de amostra realizada por conveniência (Fortin, 1999). A escolha do paradigma de investigação deveu-se ao facto deste estudo ter como objectivo reunir informações que caracterizem as pessoas idosas clientes dos programas de AF tendo em conta a QV relacionada com a saúde e as atitudes face à AF.

## **2. Objecto de Estudo**

“ Formular um problema de investigação é definir o fenómeno em estudo através de uma progressão lógica de elementos, de relações, de argumentos e de factos. O objecto de estudo indica o porquê da investigação” (Fortin, 1999: 47).

O principal objectivo desta investigação é caracterizar a população idosa que participa em programas estruturados de AF. Deste modo, fez-se uma pesquisa dos vários programas de promoção da AF, da qual foi possível identificar três tipos de programas estruturados e direccionados concretamente para a população idosa: os programas autárquicos, os programas das Instituições Particulares de Solidariedade Social e os promovidos por Ginásios. As caracterizações destes grupos baseiam-se nos dados de identificação, nas suas atitudes face à AF e na percepção de QV relacionada com a saúde dos seus participantes (Figura 2).

Trata-se, portanto de um estudo descritivo cujo objectivo é conhecer e caracterizar quais são os clientes que privilegiam estes tipos de programas, tendo em conta os factores acima mencionados, de forma a conhecer e caracterizar as principais características dos clientes frequentadores deste tipo de programas. Embora existam vários estudos sobre pessoas idosas que praticam AF, os mesmos dão privilégio às IPSS, renunciando a um olhar abrangente da população idosa que pratica AF.



**“Quais as características das Pessoas Idosas clientes de programas de AF?”**

**Figura 2.** Objecto de estudo.

### **2.1 Objectivos do estudo**

Tendo em conta a questão de investigação “Quais são as características dos clientes de programas de AF?”, esta investigação tem os seguintes objectivos:

- 1.** Caracterizar os clientes de Programas de AF a nível de escolaridade.
- 2.** Caracterizar os clientes de Programas de AF a nível do rendimento.
- 3.** Caracterizar os clientes de Programas de AF tendo em conta os anos de prática de AF e as modalidades praticadas.
- 4.** Caracterizar os clientes de Programas de AF considerando as suas atitudes face à AF.
- 5.** Caracterizar os clientes de Programas de AF considerando a sua QV relacionada com a saúde.

Estes objectivos são orientadores da pesquisa em questão e da sua respectiva análise.

### **3. Metodologia**

A Investigação Científica, de todos os métodos de aquisição de conhecimento, é o mais rigoroso e aceitável, pois assenta num processo racional e é dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos (Fortin, 1999).

Este estudo foi estruturado de forma sistemática e organizada com o intuito de responder aos objectivos propostos inicialmente. Deste modo, pelo facto do objectivo deste estudo ser a caracterização das pessoas idosas que participam em programas de AF, decidiu-se realizar um estudo com metodologia quantitativa, uma vez que esta técnica permite uma amostra abrangente. Assim, com o objectivo de explorar e descrever as características de uma população utiliza-se uma metodologia puramente quantitativa e um desenho de estudo descritivo.

De seguida, caracteriza-se o grupo de estudo e a sua forma de selecção, passando para os instrumentos da recolha de dados, das questões éticas consideradas e finalmente da consequente análise estatística.

#### **3.1 Grupos de estudo**

De forma a desenvolver este projecto, foram constituídos três grupos com 25 pessoas idosas clientes de programas de AF e um grupo de 25 pessoas idosas que não praticam regularmente AF. A amostra é não aleatória por conveniência, possibilitando um estudo mais rápido, com menores custos e com facilidade na construção da amostra. Consideraram-se os seguintes critérios de selecção da amostra:

- a) Participarem regularmente nos programas indicados;
- b) Terem mais de 65 anos de idade;
- c) Aceitarem responder ao questionário;
- d) Residirem no distrito de Aveiro.

Considerou-se importante criar um quarto grupo que não pratica AF regularmente, de forma a desenvolver mais um factor de comparação que permite o desenvolvimento da discussão tendo em conta que responderam ao mesmo questionário que os restantes grupos. Os dados referentes ao grupo de pessoas idosas não praticantes foram recolhidos no distrito de Aveiro, fundamentalmente no concelho de Oliveira de Azeméis e no

concelho de Aveiro. Como critérios de inclusão deste grupo destaca-se a disponibilidade para responder, não realizar AF regularmente, não participar em programas de AF, a idade superior a 65 anos e residirem no distrito de Aveiro. De seguida no quadro 2, faz-se uma caracterização da amostra obtida, com uma explanação dos programas em causa.

<b>Programa Autárquico</b>	<b>Programa de Ginásio</b>	<b>Programa da IPSS</b>
<p align="center"><b>25 Clientes</b></p> <p><b>Programa:</b> “Movimento Maior”</p> <p><b>Local:</b> Ílhavo, Aveiro</p> <p><b>Objectivo:</b> promoção do Envelhecimento Activo com a convicção de que desporto é sinónimo de saúde e de QV.</p> <p><b>População – alvo:</b> pessoas com mais de 65 anos.</p> <p><b>Modalidades praticadas:</b> Actividades dentro de pavilhão: Exercícios de Manutenção, Técnicas de Relaxamento. Actividades aquáticas: Hidroginástica.</p> <p><b>Professores contactados:</b> Paula Sequeira e Ana Cláudia Dias</p> <p><b>Taxas:</b> As mensalidades variam entre os 3,00€ (Exercícios de Manutenção e Técnicas de Relaxamento); 13,75€ (Actividades Aquáticas).</p> <p><b>Frequência:</b> Depende da mensalidade, duas/três vezes por semana ou diariamente.</p>	<p align="center"><b>25 Clientes</b></p> <p><b>Programa:</b> Ginásio Knock-Out Health Club</p> <p><b>Local:</b> Aveiro</p> <p><b>Modalidades praticadas:</b> Córdio (utilização de bicicletas e passadeiras) e Hidroginástica.</p> <p><b>Taxas:</b> Mensalidade em média de 50 €.</p> <p><b>Frequência:</b> Depende da mensalidade, duas/três vezes por semana ou diariamente.</p> <p align="center"><b>15 Clientes</b></p> <p><b>Programa:</b> Ginásio Gino- Sport</p> <p><b>Local:</b> Oliveira de Azeméis, Aveiro</p> <p><b>Objectivo:</b> parceria com a Universidade Sénior de Oliveira de Azeméis.</p> <p><b>Modalidades praticadas:</b> Exercícios de Manutenção com ginástica adaptada</p> <p><b>Professor:</b> Jakeline Cabral</p> <p><b>Frequência:</b> uma hora duas vezes por semana.</p> <p align="center"><b>10 Clientes</b></p>	<p align="center"><b>25 Clientes</b></p> <p><b>Programa:</b> “ LAAC - Liga dos Amigos de Aguada de Cima”</p> <p><b>Local:</b> Aguada de Cima, Aveiro</p> <p><b>Objectivo:</b> promoção do Envelhecimento Activo com a convicção de que desporto é sinónimo de saúde e de QV.</p> <p><b>Modalidades oferecidas:</b> Exercícios de Manutenção com ginástica adaptada.</p> <p><b>Professor:</b> José Marques Vidal.</p> <p><b>Taxas:</b> faz parte da mensalidade da instituição.</p> <p><b>Frequência:</b> 1 hora duas vezes por semana.</p>

**Quadro 2.** Caracterização dos programas de promoção da AF.

### 3.1.1. Caracterização dos grupos

De forma a facilitar a percepção dos grupos do estudo em causa, passa-se de seguida a caracterizar cada grupo tendo em conta as variáveis do estudo (género, idade, estado civil, escolaridade e rendimento económico). A caracterização destas variáveis é apresentada primeiramente com uma tabela, com os valores e percentagens, seguida de uma breve explicação dos dados.

#### a. Clientes que praticam Actividade Física em Programas Autárquicos

AF em Programas de Autarquia n = 25								
Género	n	%	Idade	n	%	Estado Civil	n	%
Feminino	23	92,0	de 65 a 69 anos	14	56,0	Casado (a)	15	60,0
Masculino	2	8,0	de 70 a 74 anos	8	32,0	Viúvo (a)	8	32,0
			de 75 a 79 anos	3	12,0	Separado (a) / Divorciado (a)	2	8,0
Escolaridade	n	%	Rendimento	n	%			
1º Ciclo do Ensino Básico	18	72,0	menos de 150 €	3	12,0			
2º Ciclo do Ensino Básico	2	8,0	de 150 € a 300€	6	24,0			
3º Ciclo do Ensino Básico	2	8,0	de 300 € a 450 €	6	24,0			
Ensino Secundário	2	8,0	de 450 € a 600 €	4	16,0			
Licenciatura	1	4,0	de 750 € a 1000 €	2	8,0			
			de 1000 € a 1500 €	2	8,0			
			mais de 1500 €	2	8,0			

**Tabela 1.** Tabela descritiva do grupo do Programa Autárquico.

Como se pode observar na tabela 1 este grupo é composto por 25 clientes, 23 do género feminino e 2 do género masculino, com idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos, com incidência entre os 65 e os 69 anos (50%). Relativamente ao estado civil, 60% são casados, 32% são viúvos e 8 % são separados/divorciados. Ao nível da escolaridade existe uma predominância de pessoas com o 1º Ciclo do Ensino Básico (72%), sendo que o rendimento encontra-se distribuído pelos diferentes níveis, no entanto, salienta-se que cerca de 76% dos indivíduos têm um rendimento inferior a 600€.

**b. Clientes que praticam Actividade Física em Programas de Ginásios**

AF em Programas de Ginásio N = 25								
Género	n	%	Idade	n	%	Estado Civil	n	%
Feminino	17	68,0	de 65 a 69 anos	21	84,0	Casado (a)	17	68,0
Masculino	8	32,0	de 70 a 74 anos	2	8,0	Viúvo (a)	1	4,0
			de 75 a 79 anos	2	8,0	Separado (a) / Divorciado (a)	7	28,0
Escolaridade	n	%	Rendimento	n	%			
1º Ciclo do Ensino Básico	4	16,0	de 150 € a 300€	3	12,0			
2º Ciclo do Ensino Básico	3	12,0	de 450 € a 600 €	2	8,0			
3º Ciclo do Ensino Básico	1	4,0	de 600 € a 750 €	1	4,0			
Ensino Secundário	7	28,0	de 750 € a 1000 €	3	12,0			
Bacharelato	4	16,0	de 1000 € a 1500 €	9	36,0			
Licenciatura	5	20,0	mais de 1500 €	7	28,0			
Pós-Graduação	1	4,0						

**Tabela 2.** Tabela descritiva do grupo do Programa de Ginásio.

Observando a tabela 2 verifica-se que este grupo é composto por 25 clientes, 17 do género feminino e 8 do género masculino, com idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos, com incidência entre os 65 e os 69 anos (84%). Relativamente ao estado civil 68% são casados, 4% são viúvos e 28 % são separados/divorciados. Ao nível da escolaridade, 32% frequentaram o Ensino Básico, 28% o Ensino Secundário e 40% o Ensino Superior. Tendo em conta o rendimento verifica-se que cerca de 24% dos indivíduos possuem um rendimento inferior a 750 € e 74 % dos indivíduos possuem um rendimento entre 750€ e mais de 1500€ por mês.

**c. Clientes que praticam Actividade Física em Programas de IPSS**

AF em Programas de IPSS N = 25								
Género	n	%	Idade	n	%	Estado Civil	n	%
Feminino	16	64,0	de 65 a 69 anos	3	12,0	Solteiro (a)	3	12,0
Masculino	9	36,0	de 70 a 74 anos	3	12,0	Casado (a)	9	36,0
			de 75 a 79 anos	6	24,0	Viúvo (a)	12	48,0
			de 80 a 84 anos	6	24,0	Separado (a) / Divorciado (a)	1	4,0
			mais de 85 anos	7	28,0			
Escolaridade	n	%	Rendimento	n	%			
Não sabe ler/escrever	10	40,0	menos de 150 €	1	4,0			
Sabe ler e escrever	7	28,0	de 150 € a 300€	14	56,0			
1º Ciclo do Ensino Básico	8	32,0	de 300 € a 450 €	9	36,0			
			de 750 € a 1000 €	1	4,0			

**Tabela 3.** Tabela descritiva do grupo do Programa de IPSS.

Este grupo, tabela 3, é composto por 25 clientes, 16 do género feminino e 9 do género masculino, com idades compreendidas entre os 65 e 85 ou mais anos, com incidência daqueles que têm mais de 75 anos (76%). Relativamente ao estado civil 12% são solteiros, 36% são casados, 48% são viúvos e 4 % são separados/divorciados. Ao nível da escolaridade, existe uma predominância de pessoas que não sabem ler (40%), e o 96% têm um rendimento inferior a 450€.

**d. Pessoas que Não praticam Actividade Física regularmente**

<b>Não Praticantes de AF</b>								
<b>N = 25</b>								
<b>Género</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Feminino	15	60,0	de 65 a 69 anos	5	20,0	Casado (a)	16	64,0
Masculino	10	40,0	de 70 a 74 anos	4	16,0	Viúvo (a)	9	36,0
			de 75 a 79 anos	6	24,0			
			de 80 a 84 anos	9	36,0			
			mais de 85 anos	1	4,0			
<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Rendimento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>			
Não sabe ler/escrever		12,0	menos de 150 €	1	4,0			
Sabe ler e escrever	7	28,0	de 150 € a 300€	9	36,0			
1º Ciclo do Ensino Básico	13	52,0	de 300 € a 450 €	9	36,0			
2º Ciclo do Ensino Básico	1	4,0	de 450 € a 600 €	3	12,0			
Bacharelato	1	4,0	de 750 € a 1000 €	2	8,0			
			de 1000 € a 1500 €	1	4,0			

**Tabela 4.** Tabela descritiva do grupo que não praticam AF regularmente.

Este grupo, tabela 4, é composto por 25 indivíduos, 15 do género feminino e 10 do género masculino, com idades compreendidas entre os 65 e 85 ou mais anos. A idade distribui-se da seguinte forma: 20% entre os 65 e os 69 anos, 16% entre os 70 e os 74 anos, 24% entre os 75 e os 79 anos, 36% entre 80 a 84 anos e 4% com mais de 85 anos. Relativamente ao estado civil, 64% são casados e 36% são viúvos. Ao nível da escolaridade, 12% não sabe ler ou escrever, 28% sabe ler e escrever, 52% frequentou o 1º Ciclo do Ensino Básico, 4% frequentou o 2º Ciclo do Ensino Básico e 4% frequentou o Bacharelato. Relativamente ao rendimento mensal, cerca de 76% vive com menos de 450€ e 24% vive com um rendimento compreendido entre os 450€ e os 1500€.



### **3.2 Recolha de Dados**

De forma a recolher os dados necessários para o desenvolvimento desta investigação, existiram três fases, a primeira consistiu no pedido de autorização, a segunda na obtenção da autorização e finalmente a terceira na recolha de dados. Assim, para concretizar a recolha de dados, são expostas de seguida as datas em que se realizaram as fases mencionadas.

Numa primeira fase foi pedida autorização às entidades promotoras de AF, deste modo, relativamente ao programa “Movimento Maior” foi entregue pessoalmente um requerimento no dia 5 de Fevereiro, obtendo deferimento no dia 28 de Fevereiro, tendo a recolha de dados o seu início no dia 2 de Março e o seu término no dia 9 de Março.

Em relação à LAAC, o requerimento foi enviado por correio no dia 22 de Fevereiro e obteve deferimento no dia 24 de Fevereiro, a recolha de dados decorreu entre os dias 26 de Fevereiro e 8 de Março.

Foi necessário recolher dados em dois Ginásios, uma vez que não foi encontrado nenhum Ginásio com 25 clientes com mais de 65 anos. Por parte dos Ginásios não foi necessário enviar um pedido de autorização por escrito, sendo a resposta positiva fornecida pelos gerentes dos Ginásios, a recolha dos dados ocorreu de 9 de Março até 16 de Abril.

Por fim, a recolha de dados do grupo de não participantes regulares de AF e decorreu entre Fevereiro e Abril de 2010.

### **3.3 Instrumento de recolha de dados**

“Um questionário é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo em variáveis mensuráveis, organiza, normaliza e controla os dados, de tal forma que informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa” (Fortin, 1999:240). Os questionários podem ser preenchidos pelos participantes num contexto face a face, levados em própria mão aos participantes ou enviados para um terminal de computador, sendo mais baratos e rápidos para recolha dos dados do que uma entrevista.

Deste modo, como instrumento de recolha de dados desenvolveu-se um questionário, cujo objectivo era o de responder ao objecto de investigação. A sua aplicação teve lugar entre Fevereiro e Abril de 2010.

Tendo em conta as perspectivas éticas do estudo o questionário começa com um documento intitulado “ Consentimento livre e informado”, que contextualiza o estudo, define os seus objectivos, faz referência à confidencialidade e à hipótese de retirar ou interromper a sua participação em qualquer altura e ao facto de o indivíduo ser livre para participar ou não neste estudo. Este documento foi sempre fornecido em duplicado, ficando uma cópia para a pessoa idosa e outra para o investigador.

O preenchimento do questionário foi efectuado com a presença da investigadora, disponível para esclarecer dúvidas que pudessem surgir, ou mesmo auxiliar no preenchimento do mesmo.

Depois de definido o âmbito do estudo e após a análise da literatura existente sobre os tópicos em questão, foram escolhidos dois instrumentos que serão analisados em seguida. Depois de construído o questionário, foi realizado um pré-teste a cinco pessoas idosas de forma a avaliar a sua percepção sobre s questionários, tendo-se verificado que se deveriam fazer algumas alterações às escalas, que serão explicitadas mais à frente na descrição das escalas.

Assim o questionário encontra-se estruturado em três partes; a primeira parte é composta por informação de carácter pessoal (idade, data de nascimento, localidade, prática de AF, número de horas dispendidas para a prática de AF e número de modalidades que pratica); na segunda parte com o intuito de estudar a QV em relacionada com a saúde utilizou-se o MOS Short-Form Health Survey 12-Item (SF-12); na terceira parte com o intuito de estudar as atitudes face à AF utilizou-se o "Older Person' Attitudes Toward Physical Activity and Exercise Questionnaire" (OPAPAEQ).

### **3.2.1 Questionário das Atitudes das pessoas idosas face à Actividade Física**

Para avaliarmos a Atitude dos idosos face à AF, o instrumento utilizado foi o "Older Person Attitudes Toward Physical Activity and Exercise Questionnaire" (OPAPAEQ), construído e validado por Terry *et al.* (1997) para ser aplicado à população idosa canadiana. Posteriormente foi também validado e utilizado num estudo realizado por Oliveira (1998), numa população de idosos pertencentes a Instituições de Lares e Centros de Dia do distrito de Coimbra, utilizado por Couto em 2003 e por Santos em 2006.

Esta escala é composta por 4 sub-escalas: **libertação de tensão (LT)**, que atribui ao exercício físico efeitos benéficos no alívio de tensões, irritabilidade e ansiedade; **promoção da saúde (PS)**, que associa os benefícios da saúde ao exercício; **exercício vigoroso (EV)** que faz corresponder a manutenção de um bem-estar físico à prática de exercício vigoroso; e **benefícios sociais (BS)** que apresenta o exercício como divertimento, socializante ou como um meio de enriquecimento do tempo de lazer.

As respostas são efectuadas numa escala tipo Likert de 5 pontos que varia de (1) discordo totalmente até (5) concordo totalmente. Quanto mais elevada a pontuação obtida nesta escala mais positiva é a sua atitude perante a AF. Depois de realizado o pré- teste verificou-se que havia a necessidade de uniformizar os conceitos, desta forma no item 3 foi modificado o termo “exercício” para “exercício físico”, o que facilitaria a compreensão do item. Os resultados são obtidos calculando a média dos pontos de cada item das sub-escalas “quadro 3”.

<b>"Older Person' Attitudes Toward Physical Activity and Exercise Questionnaire"</b>		
<b>Sub-escala</b>	<b>Item</b>	<b>Questão</b>
<b>Libertação de tensão (LT)</b>	Item 3	O exercício físico ajuda a libertar emoções e ansiedades.
	Item 6	O desenvolvimento das capacidades físicas leva à descontração do indivíduo.
	Item 10	A AF é de certa forma um remédio excelente para uma pessoa tensa, irritável e ansiosa.
	Item 12	A AF descontra o indivíduo que o pratica.
<b>Promoção da saúde (PS)</b>	Item 2	O exercício físico praticado de uma forma equilibrada é essencial para uma boa saúde.
		O exercício físico é importante para ajudar uma pessoa a melhorar a saúde geral.
	Item 7	O exercício físico faz bem ao corpo humano.
	Item 11	A AF regular faz uma pessoa sentir-se melhor.
	Item 13	
<b>Exercício vigoroso (EV)</b>	Item 5	O exercício físico, praticado regularmente, é necessário para uma boa saúde.
	Item 9	O exercício físico diário é necessário para manter a saúde geral de cada pessoa.
	Item 14	O exercício físico é necessário para manter a saúde geral de cada pessoa.
<b>Benefícios sociais (BS)</b>	Item 1	Praticar exercício físico com pessoas da mesma idade é bom para conviver.
	Item 4	A AF quando realizada em grupo é divertida.
	Item 8	Participar em actividades físicas é uma boa forma de passar os tempos livres.

**Quadro 3.** Escala de Atitudes face à Actividade Física, com indicação dos itens e questões associadas.

### **3.2.2 Questionário de Qualidade de Vida relacionada com a saúde**

Com o intuito de estudar a QV relacionada com a saúde o questionário escolhido foi o MOS Short-Form Health Survey 12-Item (SF-12) por ser um questionário curto, de fácil aplicação e desenvolvido a partir do Short Form 36 Health Survey Instrument (SF-36) (Ware, 2005).

Este instrumento mede a efectividade ou a percepção da QV relacionada com a saúde através de 12 itens, organizados em duas dimensões de saúde – **Saúde Física Geral (SFG)** e **Saúde Mental Geral (SMG)** “quadro 4”. Nestas dimensões estão incluídos itens relativos às escalas **Função Física (FF)**, **Desempenho Físico (DF)**, **Saúde Geral (SG)**, **Vitalidade (VT)**, **Função Social (FS)**, **Desempenho Emocional (DE)** e **Saúde Mental (SM)** do SF-36, tal como se descreve no “quadro 4”. A versão portuguesa do SF-12, também desenvolvida a partir da versão portuguesa do SF-36 pelo Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, encontra-se adaptada e validada (Ferreira, 1998). É considerada uma ferramenta de fácil administração, pode completar-se em dois ou três minutos, sendo que os seus resultados podem, ser comparáveis aos do SF-36, quando aplicado a grandes amostras (Campolina & Ciconelli, 2008). Os valores das pontuações obtidas são transformados numa escala de 0 a 100, sendo que a pontuações mais baixas correspondem aos piores estados de saúde.

As respostas foram efectuadas numa escala tipo Likert de 5 pontos que variou de 1 (ótimo, sempre, absolutamente nada) a 5 (fraca, nunca, imenso). As respostas dos itens 2a e 2b seguiam uma avaliação de 3 pontos, o que se revelou confuso durante o pré-teste, deste modo, foi alterado o score deste itens para coincidir com os restantes, passando para uma pontuação de 5 pontos.

<b>“MOS Short-Form Health Survey 12-Item (SF-12)”</b>			
<b>Domínio SF-12</b>	<b>Sub-escala</b>	<b>Item</b>	<b>Descrição do item SF-12</b>
<b>Saúde Física (SFG)</b>	<b>Função Física (FF)</b>	2a 2b	Realizar actividades moderadas; Subir vários lanços de escadas;
	<b>Desempenho físico (DF)</b>	3a 3b	Sentir-se limitado no trabalho ou outras actividades Fazer menos do que queria
	<b>Saúde Geral (SG)</b>	1	Considerar saúde geral como excelente, muito boa, boa, razoável ou fraca.
<b>Saúde Mental (SMG)</b>	<b>Vitalidade (VT)</b>	6b	Sentir-se com muita energia;
	<b>Função Social (FS)</b>	7	Interferência da saúde nas actividades sociais;
		10	Número de casos em que a saúde interferiu nas actividades sociais
	<b>Desempenho emocional (DE)</b>	4a	Fazer menos do que queria;
		4b	Trabalhar menos cuidadosamente;
	<b>Saúde Mental (SM)</b>	6a 6b	Sentir-se calmo e tranquilo; Sentir-se deprimido.

**Quadro 4:** Descrição Sumária da escala SF-12.

### **3.4 Análise dos Dados Recolhidos**

Depois da colheita dos dados, que demorou aproximadamente três meses, todos os dados foram organizados com o auxílio do programa de cálculo Microsoft Excel e do sistema operativo Microsoft *Windows XP Home Edition*, versão 2002, service Pack 3, num computador ASUSTeK Computer modelo A6VA. Depois de organizados os dados, foram calculados os scores das sub-escalas dos questionários anteriormente explicados.

Posteriormente, os resultados foram passados para o programa estatístico “*Statistical Package for the Social Sciences*”, mais conhecido pela sua abreviatura SPSS na versão 17.0 para Windows XP.

Seguindo-se, a análise descritiva dos dados da amostra em causa tendo em conta as variáveis (género, idade, estado civil, escolaridade e rendimento económico), cujos resultados são demonstrados por valor total e percentagem.

Após a análise descritiva, realizou-se a análise da normalidade dos dados através do teste *Shapiro-Wilk* (já que a amostra para cada grupo corresponde a menos de 50 indivíduos) para as variáveis libertação de tensão, promoção da saúde, exercício vigoroso,

benefícios sociais, SFG, SMG, FF, DF, SG, VT, FS, DE e SM. Tendo em conta a anormalidade das distribuições de todas as variáveis recorreu-se à análise de variância não-paramétrica de *Kruskal-Wallis*. Todos os testes levaram em consideração um grau de confiança de 95% ( $p \leq 0,05$ ).

Para analisar os resultados da escala das atitudes foram feitas tabelas de distribuição referentes às sub-escalas, numa primeira parte para a amostra total ( $n=100$ ) e na segunda parte segundo os grupos de amostra ( $n=25$ ), sendo distribuição apresentada em média e desvio padrão. Com o intuito de se verificar a consistência interna em cada uma das escalas utilizadas, uma vez que se fez alterações no texto das mesmas, recorreu-se ao cálculo do coeficiente de “*alfa de Cronbach*”, realizando-se de seguida à análise de variância não-paramétrica de *Kruskal-Wallis*, de forma a ver se as diferenças existentes entre os grupos eram significativas.

Para analisar os resultados da escala de QV em relação à saúde foram feitas tabelas de distribuição referente aos domínios (SFG e SMG) e sub-escalas, numa primeira parte para a amostra total ( $n=100$ ) e na segunda parte segundo os grupos de amostra ( $n=25$ ) sendo, a distribuição dos valores apresentada em média e desvio padrão. No sentido de se verificar a consistência interna em cada uma das escalas utilizadas, recorreu-se ao cálculo do coeficiente de “*alfa de Cronbach*” e de seguida foi realizada à análise de variância não-paramétrica de *Kruskal-Wallis*, de forma a ver se as diferenças existentes entre os grupos são significativas.

Finalmente, para a amostra total, de forma a detectar associações entre as variáveis (idade, rendimento económico, escolaridade, anos de prática, número de horas semanais e número de modalidades praticadas) e as variáveis LT, PS, EV, BS, SFG e SMG, aplicou-se o coeficiente de correlação não paramétrica de *Spearman*, levando em consideração um grau de confiança de 95% ( $p \leq 0,05$ ).



Para que a apresentação dos resultados seja de fácil apreciação, começa-se por caracterizar os grupos da amostra em relação à AF, tendo em conta os anos de prática de AF, as horas de prática de AF por semana e o número de modalidades que pratica, cujos valores são apresentados em termos de média e do desvio padrão. De seguida, são apresentados os resultados das escalas em termos globais (n=100) e os valores de consistência interna (“alfa de Cronbach”) das sub-escalas. Seguindo-se uma análise dos grupos em termos das sub-escalas.

### **1. Descrição dos grupos tendo em conta a Atividade Física**

Analizando os anos de prática de AF dos clientes de programas de AF, tabela 5, constata-se que as diferenças são estatisticamente significativas ( $p = 0,00 < 0,05$ ), verificando-se que os clientes de Ginásios praticam AF há mais anos que os clientes dos outros programas, enquanto os que praticam há menos tempo AF são os clientes do programa da Autarquia.

Relativamente ao número de horas que os clientes praticam AF por semana constata-se que existe uma diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,00 < 0,05$ ) entre os três grupos. O grupo que pratica mais horas semanalmente é o de Ginásios, e o que pratica menos horas por semana é o das IPSS.

Em relação ao número de modalidades praticadas por cada grupo, constata-se que as diferenças são estatisticamente significativas ( $p = 0,00 < 0,05$ ) sendo que também para esta variável o grupo de AF no Ginásio pratica mais modalidades e o grupo da IPSS pratica menos modalidades.

	Anos de prática de AF	Horas de prática semanal de AF	Número de modalidades
	M $\pm$ DP	M $\pm$ DP	M $\pm$ DP
<b>AF_Autarquia</b>	1,96 $\pm$ 0,53	2,12 $\pm$ 0,27	1,48 $\pm$ 0,96
<b>AF_Ginásio</b>	2,40 $\pm$ 0,81	2,24 $\pm$ 0,52	1,80 $\pm$ 0,81
<b>AF_IPSS</b>	2,04 $\pm$ 0,93	2,00 $\pm$ 0	1,44 $\pm$ 0,50
<b>p-value</b>	<b>0,000*</b>	<b>0,000*</b>	<b>0,000*</b>

\* Diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em função das variáveis dependentes (anos de prática de AF, horas de prática semanal de AF, número de modalidades); considerou-se  $p < 0,05$  para a análise de variância de *Kruskal-Wallis*.

**Tabela 5.** Tabela referente à AF dos clientes dos programas de AF, valores apresentados em Média e Desvio Padrão, n=25.



## 2. Análise das atitudes face à Actividade Física

### 2.1 Estudo da Escala de Atitudes de amostra

No sentido de se verificar a consistência interna em cada uma das Sub-escalas da escala OPAPAEQ, recorreu-se ao cálculo do coeficiente de “*alfa de Cronbach*”, numa primeira parte ao nível global, tabela 6, e de seguida tendo em conta os itens de cada sub-escala, tabela 7.

A análise dos resultados, tabela 6, permite verificar que o valor do “*alfa de Cronbach*” foi elevado (0,912), o que significa que a escala ao nível global apresenta uma grande consistência interna. Analisando as médias correspondentes às sub-escalas, constata-se que todos os indivíduos possuem uma atitude muito positiva em relação à AF e verifica-se que as respostas não variaram muito entre o 4 (concordo) e o 5 (Concordo totalmente).

"Older Person's Attitudes Toward Physical Activity and Exercise Questionnaire"		
	M $\pm$ DP	$\alpha$ de Cronbach
Libertação de tensão	4,52 $\pm$ 0,56	0,912
Promoção da saúde	4,63 $\pm$ 0,48	
Exercício vigoroso	4,59 $\pm$ 0,53	
Benefícios sociais	4,50 $\pm$ 0,69	

**Tabela 6.** Tabela descritiva das atitudes face à AF, tendo em conta os subgrupos da escala, valores apresentados em Média e Desvio Padrão, n=100; valor de  $\alpha$  de Cronbach da escala global.

Tendo em conta as alterações efectuadas no questionário depois do pré-teste, considerou-se pertinente verificar o “*alfa de Cronbach*”, de forma a verificar a consistência interna da escala tendo em conta os itens que constituem os sub-grupos, tabela 7. Assim, verifica-se que os valores variaram entre 0,72 e 0,89, sendo estes valores reveladores de um bom desempenho dos itens das sub-escalas embora sejam mais baixos que o “*alfa de Cronbach*” da escala total.

Analisando os scores obtidos em cada grupo constata-se que os indivíduos manifestam uma atitude positiva face à AF em todas as sub-escalas que a constituem, sendo que, tal como na perspectiva global também aqui as respostas variam entre o 4 (concordo) e o 5 (concordo totalmente).

"Older Person's Attitudes Toward Physical Activity and Exercise Questionnaire"					
Libertação de tensão			Promoção da saúde		
	n=100 M ±DP	α de Cronbach		n=100 M ±DP	α de Cronbach
Item 3	4,51 ± 0,65	0,858	Item 2	4,56±0,55	0,899
Item 6	4,50 ± 0,71		Item 7	4,60± 0,58	
Item 10	4,53 ± 0,61		Item 11	4,68±0,53	
Item 12	4,54 ± 0,71		Item 13	4,68±0,53	
Exercício vigoroso			Benefícios sociais		
	n=100 M ±DP	α de Cronbach		n=100 M ±DP	α de Cronbach
Item 5	4,65 ±0,57	0,728	Item 1	4,37 ± 0,91	0,863
Item 9	4,51±0,73		Item 4	4,62 ± 0,64	
Item 14	4,61±0,66		Item 8	4,53 ± 0,77	

**Tabela 7.** Tabela descritiva das atitudes face à AF, tendo em conta os itens dos subgrupos da escala, valores apresentados em Média e Desvio Padrão, n=100; valor de  $\alpha$  de Cronbach das sub-escalas, tendo em conta os itens correspondentes.

## 2.2 Estudo das Escalas das Atitudes dos grupos

Em relação às atitudes face à AF verifica-se que todos os grupos têm uma atitude positiva em relação à AF, tabela 8, existindo diferenças significativas entre si ( $p = 0,00 < 0,05$ ). De facto, o grupo que pratica AF no programa Autárquico é o que apresenta atitudes mais positivas em todas as sub-escalas (LT, PS, EV e BS). Verifica-se que este grupo apresenta valores entre 4,91 e 4,93 o que significa que os indivíduos concordam totalmente com os itens da escala e portanto possuem uma atitude mais positiva em relação à AF. O grupo que apresenta atitudes menos positivas em 3 das sub-escalas (LT, PS e EV) é o grupo que pratica AF em IPSS, com valores compreendidos entre o 4,14 e 4,29 o que significa que concordam com os itens da escala e embora tenham uma atitude positiva em relação à AF é mais baixa comparativamente com os outros grupos. Em relação, à sub-escala BS o grupo com uma atitude menos positiva é o grupo constituído pelos não participantes regulares de AF, com uma média de 4,02, o que significa que embora tenham uma atitude positiva em relação aos BS da AF é mais baixa que os restantes outros grupos.

Os valores de  $\alpha$  de Cronbach são elevados, variando entre 0,757 e 0,921, mostrando que a escala apresenta grande consistência interna.

<b>"Older Person' Attitudes Toward Physical Activity and Exercise Questionnaire"</b>					
	Libertação de tensão	Promoção da saúde	Exercício vigoroso	Benefícios sociais	$\alpha$ de Cronbach
	M $\pm$ DP	M $\pm$ DP	M $\pm$ DP	M $\pm$ DP	
AF_Autarquia	4,91 $\pm$ 0,22	4,91 $\pm$ 0,26	4,82 $\pm$ 0,37	4,93 $\pm$ 0,21	0,890
AF_Ginásio	4,79 $\pm$ 0,32	4,83 $\pm$ 0,33	4,81 $\pm$ 0,37	4,66 $\pm$ 0,54	0,757
AF_IPSS	4,14 $\pm$ 0,57	4,37 $\pm$ 0,46	4,29 $\pm$ 0,53	4,40 $\pm$ 0,46	0,889
Nãopraticante	4,24 $\pm$ 0,61	4,41 $\pm$ 0,56	4,42 $\pm$ 0,60	4,02 $\pm$ 0,99	0,921
<b>p-value</b>	<b>0,00*</b>	<b>0,00*</b>	<b>0,00*</b>	<b>0,00*</b>	

\* Diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em função das variáveis dependentes (anos de prática de AF, horas de prática semanal de AF, número de modalidades); considerou-se  $p < 0,05$  para a análise de variância de *Kruskal-Wallis*; valor de  $\alpha$  de Cronbach, tendo em conta os grupos de AF.

**Tabela 8.** Tabela descritiva por Grupos de AF das atitudes face à AF, tendo em conta os subgrupos da escala, valores apresentados em Média e Desvio Padrão, n=25.

### 3. Análise da Qualidade de Vida relacionada com a saúde

A análise da escala de QV Relacionada com a Saúde é feita em duas partes, numa primeira parte é feita a análise a nível global da amostra e numa segunda parte a nível dos grupos.

#### 3.1 Estudo dos resultados da SF-12 da amostra

No sentido de se verificar a consistência interna em cada uma das escalas, recorreu-se ao cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach. A análise dos resultados, tabela 9, permitiu verificar que os valores do alfa de Cronbach foram elevados, na escala o valor foi de 0,848 e tendo em conta as sub-escalas foi de 0,848 apresentado uma grande consistência interna.

Analisando as médias do grupo total em relação à SMG e SFG verifica-se que os elementos apresentam uma SMG ( $65 \pm 24$ ) mais positiva do que em relação à SFG ( $49 \pm 26$ ).

Decompondo os valores gerais constata-se que a SMG apresenta valores elevados ao nível das sub-escalas DE ( $63 \pm 34$ ), FS ( $80 \pm 28$ ), SM ( $71 \pm 26$ ) e apresentam um valor mais baixo ao nível da VT ( $47 \pm 40$ ) podendo-se concluir que o grupo de amostra não se encontra deprimido, nem considera que os problemas de humor afectam a sua FS nem DE, no entanto apresentam baixos níveis de energia.

Em relação à SFG constata-se que em média, os valores em média dos grupos são baixos. Sendo que em relação à SG o valor é relativamente baixo ( $33 \pm 25$ ), demonstrando que as pessoas idosas têm uma percepção negativa em relação à sua saúde, no entanto, os valores da FF ( $57 \pm 34$ ) e DF ( $58 \pm 32$ ) não acompanham esta tendência e apresentam valores mais positivos.

MOS Short-Form Health Survey 12-Item							
SF_Geral			SM_Geral				$\alpha$ de Cronbach
M $\pm$ DP			M $\pm$ DP				
49 $\pm$ 26			65 $\pm$ 24				0,848
SG	FF	DF	DE	FS	SM	VT	$\alpha$ de Cronbach
M $\pm$ DP	M $\pm$ DP	M $\pm$ DP	M $\pm$ DP	M $\pm$ DP	M $\pm$ DP	M $\pm$ DP	
33 $\pm$ 25	57 $\pm$ 34	58 $\pm$ 32	63 $\pm$ 34	80 $\pm$ 28	71 $\pm$ 26	47 $\pm$ 40	0,858

**Tabela 9.** Tabela descritiva da QV relacionada com a saúde, tendo em conta os dois grupos e respectivos subgrupos, valores apresentados em Média e Desvio Padrão, n=100; valor de  $\alpha$  de Cronbach da escala global e tendo em conta as sub-escalas.

### 3.2 Estudo dos resultados da SF- 12 por grupos

No sentido de se verificar a consistência interna da escala, tendo em conta os grupos de estudo recorreu-se ao cálculo do coeficiente de “*alfa de Cronbach*”. Analisando os resultados, verifica-se que estes são elevados entre 0,821 e 0,915 em três dos grupos, apresentando uma elevada consistência interna, excepto no grupo de Ginásio em que os valores se compreendem entre 0,255 e 0,377, tabela 10.

Tendo em conta a SFG verifica-se que existem diferenças significativas entre os grupos ( $p=0,000$ ), sendo que o grupo que apresenta maior SFG é o grupo de Ginásio enquanto o grupo que apresenta menor SFG é o grupo que pratica AF na IPSS.

Em relação às suas sub-escalas também existem diferenças significativas ( $p=0,000$ ) entre os grupos nas três sub-escalas SG, FF e DF. O grupo do Ginásio apresenta valores

superiores nas três sub-escalas SG ( $54 \pm 23$ ), FF ( $83 \pm 24$ ) e DF ( $86 \pm 15$ ), enquanto o grupo que pratica AF em IPSS apresenta valores mais baixos nas sub-escalas SG ( $20 \pm 22$ ) e DF ( $45 \pm 26$ ) e o grupo o grupo que não pratica AF regularmente apresenta valores mais baixos em relação à FF ( $45 \pm 36$ ).

Em relação à SMG também se verificam diferenças significativas entre os grupos ( $\rho=0,000$ ). Desde já, analisando os valores dos grupos, verifica-se que o grupo que pratica AF no Ginásio é o que apresenta valores superiores, em paralelo com o grupo que pratica AF em IPSS que apresenta valores inferiores aos dos outros grupos.

Em relação às suas sub-escalas existem diferenças significativas entre os grupos nas sub-escalas DE, FS, SM e VT com os respectivos valores  $\rho=0,000$ ;  $\rho=0,001$ ;  $\rho=0,004$ ;  $\rho=0,004$ . Em todas as sub-escalas o grupo que pratica AF em Ginásios apresenta valores superiores aos dos outros grupos enquanto que o grupo que apresenta valores mais baixos é o grupo que pratica AF na IPSS, excepto na sub-escala da VT. Nesta sub-escala o grupo que apresenta valores mais baixos é o que não pratica regularmente AF.

MOS Short-Form Health Survey 12-Item								
	SF_Geral M $\pm$ DP			SM_Geral M $\pm$ DP				$\alpha$ de Cronbach
AF_Autarquia	47 $\pm$ 26			60 $\pm$ 27				0,821
AF_Ginásio	74 $\pm$ 15			83 $\pm$ 18				0,255
AF_IPSS	37 $\pm$ 20			57 $\pm$ 20				0,870
Nãopraticante	39 $\pm$ 24			61 $\pm$ 21				0,915
<b>p-value</b>	<b>0,000*</b>			<b>0,000*</b>				

	SG M $\pm$ DP	FF M $\pm$ DP	DF M $\pm$ DP	DE M $\pm$ DP	FS M $\pm$ DP	SM M $\pm$ DP	VT M $\pm$ DP	$\alpha$ de Cronbach
AF_Autarquia	34 $\pm$ 21	54 $\pm$ 32	54 $\pm$ 36	54 $\pm$ 36	80 $\pm$ 29	64 $\pm$ 29	45 $\pm$ 33	0,898
AF_Ginásio	54 $\pm$ 23	83 $\pm$ 24	86 $\pm$ 15	92 $\pm$ 16	95 $\pm$ 17	87 $\pm$ 15	59 $\pm$ 59	0,377
AF_IPSS	20 $\pm$ 22	46 $\pm$ 29	45 $\pm$ 26	48 $\pm$ 30	68 $\pm$ 26	63 $\pm$ 24	50 $\pm$ 27	0,847
Nãopraticante	26 $\pm$ 24	45 $\pm$ 36	47 $\pm$ 31	60 $\pm$ 32	78 $\pm$ 32	70 $\pm$ 26	36 $\pm$ 31	0,838
<b>p-value</b>	<b>0,000*</b>	<b>0,000*</b>	<b>0,000*</b>	<b>0,000*</b>	<b>0,001*</b>	<b>0,004*</b>	<b>0,004*</b>	

\* Diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos em função das variáveis dependentes (SFG, SMG, SG, FF, DF, DE, FS, SM, VT); considerou-se  $\rho < 0,05$  para a análise de variância de *Kruskal-Wallis*; valor de  $\alpha$  de Cronbac, tendo em conta os grupos de AF.

**Tabela 10.** Tabela descritiva por grupos de AF da QV relacionada com a saúde, tendo em conta os dois grupos e respectivos subgrupos, valores apresentados em Média e Desvio Padrão, N=25.

#### 4. Estudo das correlações

##### 4.1. Correlações entre as variáveis dependentes principais (idade, rendimento, escolaridade, anos de prática de AF, número de horas semanais e número de modalidades praticadas).

Realizou-se a análise das correlações de forma a detectar associações entre as variáveis idade, rendimento, escolaridade, anos de prática, número de horas semanais e número de modalidades praticadas. Através dos dados expostos na tabela 11, observa-se que existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a variável idade e as diversas variáveis, indicando que quanto maior a idade, menor é o rendimento do individuo, menor o nível de escolaridade, os anos de prática de AF, o número de horas semanais que pratica AF e o número de modalidades praticadas. Em relação à variável escolaridade observa-se que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa, demonstrando assim, que quando se aumenta o nível de escolaridade dos indivíduos aumenta também o rendimento, os anos de prática de AF, o número de horas semanais e o número de modalidades praticadas. A variável rendimento também apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa, considerando-se assim, que aumentado o rendimento aumenta o número de horas que pratica de AF e o número de modalidades praticadas. Observando a variável anos de prática de AF, verifica-se que existe uma correlação positiva e com significado estatístico, indicando que quantos mais anos de prática maior o número de modalidades praticadas.

Variáveis	Idade		Escolaridade		Rendimento		Anos de prática	
	r	ρ	r	ρ	r	ρ	r	ρ
<b>Idade</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Escolaridade</b>	-0,576	0,000*	-	-	-	-	-	-
<b>Rendimento</b>	-0,382	0,000*	0,638	0,000*	-	-	-	-
<b>Anos de Prática</b>	-0,229	0,022*	0,249	0,013*	-	-	-	-
<b>Nº de horas semanais</b>	-0,207	0,039*	0,264	0,008*	0,576	0,000*	-	-
<b>Nº de modalidades</b>	-0,237	0,018*	0,279	0,005*	0,570	0,000*	0,933	0,000*

r = Correlação de *Spearman*; ρ = nível de significância; \* diferenças estatisticamente significativas considerando-se  $\rho \leq 0,05$  para a Correlação de *Spearman*.

**Tabela 11.** Correlações entre as variáveis dependentes (idade, rendimento, escolaridade, anos de prática, número de horas semanais e número de modalidades praticadas).

**4.2. Correlações entre as variáveis (idade, rendimento, escolaridade, anos de prática, número de horas semanais e número de modalidades praticadas) e as variáveis (LT, PS, EV, BS, SFG e SMG).**

Realizou-se a análise das correlações de forma a detectar associações entre as variáveis idade, rendimento, escolaridade, anos de prática, número de horas semanais e número de modalidades praticadas e os resultados gerias das escalas (LT, PS, EV, BS, SFG e SMG). Através dos dados expostos na tabela 12, observa-se que existe correlação negativa e estatisticamente significativa entre a variável idade e as variáveis LT, PS, EV, SMG, não tendo sido encontrada uma correlação estatisticamente significativa com a SMG. Estes resultados, indicam que com o aumento da idade diminui a atitude positiva face à AF em relação às suas sub-escalas, enquanto com aumento da idade a percepção em relação à SFG é mais negativa.

Analisando a variável escolaridade observa-se que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa com as variáveis LT, PS, EV, BS, SFG e SMG, o que indica que o aumento da escolaridade das pessoas torna mais positivas as suas atitudes face à AF (LT, PS, EV, BS) e também mais positiva a sua percepção em relação à SFG e SMG.

A variável rendimento apresenta uma correlação estatisticamente significativa com as variáveis atitudinais LT, PS, EV, SFG e SMG, não apresentando correlação com a variável BS, deste modo, quanto maior o rendimento maior é a atitude face à AF, tendo em conta as variáveis LT, PS, EV e a percepção em relação à SFG e SMG aumenta. Observando a variável anos de prática de AF, verifica-se que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa com as variáveis LT, PS, EV, BS e não apresenta correlação estatisticamente significativa com as variáveis SFG e SMG, indicando que, quando aumenta os anos de prática de AF melhor é a sua atitude face à AF. Em relação às variáveis número de horas semanais e número de modalidades observa-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa com as variáveis LT, PS, EV, BS e SFG não apresentando correlação estatisticamente significativa com a variável SMG. O que demonstra que com o aumento do número de horas de prática de AF e o número de modalidades, as atitudes face à AF são mais positivas, assim como a percepção em relação à SFG.

Variáveis	Idade		Escolaridade		Rendimento		Anos de prática		Nº de horas semanais		Nº de modalidades	
	r	ρ	r	ρ	r	ρ	r	ρ	r	ρ	r	ρ
<b>Libertação de Tensão</b>	-0,508	0,000*	0,469	0,000*	0,239	0,016*	0,270	0,007*	0,287	0,004*	0,287	0,004*
<b>Promoção da Saúde</b>	-0,466	0,000*	0,435	0,000*	0,338	0,001*	0,309	0,002*	0,295	0,003*	0,309	0,002*
<b>Exercício Vigoroso</b>	-0,436	0,000*	0,372	0,000*	0,254	0,011*	0,248	0,013*	0,280	0,005*	0,266	0,008*
<b>Benefícios Sociais</b>	-0,377	0,000*	0,274	0,000*	0,188	0,061	0,360	0,000*	0,302	0,002*	0,329	0,001*
<b>Saúde Física Geral</b>	-0,258	0,010*	0,512	0,000*	0,391	0,000*	0,182	0,070	0,276	0,005*	0,255	0,010*
<b>Saúde Mental Geral</b>	-0,258	0,067	0,344	0,000*	0,262	0,008*	0,076	0,451	0,163	0,104	0,151	0,135

r = Correlação de *Spearman*; ρ = nível de significância; \* diferenças estatisticamente significativas considerando-se  $\rho \leq 0,05$  para a Correlação de *Spearman*.

**Tabela 12.** Correlações entre as variáveis principais (idade, rendimento, escolaridade, anos de prática, número de horas semanais e número de modalidades praticadas) e as variáveis (LT, PS, EV, BS, SFG e SMG).





Esta investigação possui um carácter exploratório-descritivo, uma vez que foi objectivo deste estudo caracterizar a população que pratica AF em diferentes programas. Segundo Oliveira (1998) a pesquisa exploratória visa na descoberta de directrizes ou alternativas que possam vir a ser modificadas e exploradas, e a pesquisa descritiva caracteriza-se pela observação, registo, análise e interpretação dos dados, sem que o investigador interfira neles.

Outra característica, deste tipo de pesquisa, é o uso de uma técnica padronizada de colheita de dados realizada principalmente pela aplicação de questionários e observação sistemática.

O ponto de partida para a análise e discussão dos resultados tem por base os resultados obtidos através do questionário utilizado na investigação. Deste modo, reflecte-se sobre os dados da caracterização dos grupos (género, estado civil, idade, nível de escolaridade e rendimento económico), os dados sobre a percepção de QV relacionada com a saúde e os dados das atitudes face à AF à luz dos resultados de outros estudos.

### **1. Caracterização dos grupos**

#### **1.1 Caracterização dos grupos por Género**

Em relação ao género, como se pode verificar pela tabela 12, verifica-se que o género feminino apresenta uma presença superior ao género masculino na participação de programas de AF. De facto, nesta investigação é visível o predomínio do género feminino nos vários programas de AF cujas percentagens variam entre os 60% e os 92% sendo que as percentagens do género masculino que variam entre os 8% e os 40%. Esta discrepância é mais visível no programa da Autarquia (23 feminino para 2 masculino) e menos visível no grupo que não pratica regularmente AF (15 feminino para 10 masculino).

Género n = 25				
Grupo	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
AF_Autarquia	23	92,0	2	8,0
AF_Ginásio	17	68,0	8	32,0
AF_IPSS	16	64,0	9	36,0
Nãopraticante	15	60,0	10	40,0

**Tabela 13.** Caracterização dos grupos por Género.

Deste modo, existe uma discrepância em relação aos outros estudos, que indicam que o género feminino é mais sedentário que o género masculino e que dificilmente participariam em actividades regulares e moderadas de AF. Booth *et al.* (2000) ao estudar 449 Australianos com mais de 60 anos verificou que existe uma diferença significativa entre homens e mulheres constatando que o género masculino é muito mais fisicamente activo que o género feminino, este resultado vai ao encontro de outros estudos (Eyler *et al.*, 1997; Simons-Morton *et al.*, 2000; Mullineaux *et al.*, 2001; Kaplan *et al.* 2001).

Contudo, estudos recentes, vão ao encontro dos dados recolhidos nesta investigação, em que existe uma diferença significativa entre os dois géneros e verifica-se que o género feminino tem mais tendência a participar em programas de desporto moderado que o género masculino (Kahan, 2005; Misigoj-Durakovi, 2000) e que aumenta os níveis de AF a partir dos 50 anos (Livingstone, 2001). Segundo o mesmo autor o aumento da prática de AF associado ao aumento da idade no género feminino, deve-se ao facto do género feminino começar a ter mais tempo livre, com a reforma, e a preocupar-se mais com a sua saúde. Deste modo, consciencializam-se dos benefícios da AF no processo fisiológico do envelhecimento, nomeadamente ao nível do sistema musculo-esquelético e da menopausa.

Ortiz-Hernández & Ramos-Ibáñez (2010) no seu estudo sobre os factores sócio-económicos associados à AF em adultos verificou que o género feminino pratica menos AF que o género masculino nas zonas rurais, mas tal prevalência já não se verifica nas zonas urbanas.

A divergência que existe em relação ao género que predomina nos programas de AF pode ser associada ao desenho do estudo e processo de recolha de dados, que diverge segundo o investigador e objectivos de investigação (Seefeldt, 2002).

## 1.2 Caracterização dos grupos por Idade, Rendimento, Escolaridade e Estado Civil

Nos dados constantes da tabela 14 o grupo de amostra apresenta idades compreendidas entre os 65 anos e mais de 85 anos. Analisando os três grupos de programas de AF, constata-se que existem grandes diferenças entre os mesmos. Cerca de 84% dos elementos que compõe o grupo que pratica AF no Ginásio tem idades compreendidas entre os 65 e 69 anos em oposição encontra-se o grupo que pratica AF em IPSS, onde somente 12% tem idades compreendidas entre os 65 e 69 anos e 52% dos elementos têm mais de 80 anos. Contudo, que o grupo que pratica AF em Autarquias apresenta um tendência idêntica ao grupo que pratica AF Ginásios, sendo também tendencialmente menos velho em relação ao grupo que pratica AF na IPSS e ao grupo que não pratica regularmente AF.

Idade n = 25										
Grupo	de 65 a 69 anos		de 70 a 74 anos		de 75 a 79 anos		de 80 a 84 anos		mais de 85 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AF_Autarquia	14	56,0	8	32,0	3	12,0	-	-	-	-
AF_Ginásio	21	84,0	2	8,0	2	8,0	-	-	-	-
AF_IPSS	3	12,0	3	12,0	6	24,0	6	24,0	7	28,0
Nãopraticante	5	20,0	4	16,0	6	24,0	9	36,0	1	4,0

**Tabela 14.** Caracterização dos grupos por Idade.

Analisando as correlações da tabela 11 destaca-se a correlação negativa e estatisticamente significativa entre a idade e as variáveis escolaridade e rendimento económico. Indicando que com o aumento da idade o nível de escolaridade e literacia diminui e consequentemente também o seu rendimento económico. O que vai ao encontro da correlação positiva e estatisticamente significativa entre o rendimento económico e a escolaridade.

Deste modo, na tabela 15 encontra-se resumido as características dos grupos em relação à escolaridade verifica-se que os grupos com maior literacia são o grupo do Ginásio e o das Autarquia (menos velhos) e com menor literacia os praticantes de AF na IPSS e os não praticantes de AF (mais velhos). Observando a tabela 16 constata-se que o grupo com maior rendimento mensal é que pratica AF no Ginásio e Autarquia (menos

velho e com mais literacia) e os que tem menor rendimento mensal são o que praticam AF na IPSS (mais velhos e com menor literacia). Estes dados são congruentes com os estudos de Kahan *et al.* (2005) e Grzywacz & Marks (2001) em que as pessoas idosas com mais anos de estudos e consequentemente maiores rendimentos participavam mais activamente em programas de AF. Em Portugal, a tendência verificada, neste estudo, do grupo que pratica AF na IPSS é explícita da situação actual da população idosa, uma vez que, viveram numa época em que não existiam, contratos, nem descontos para a segurança social o que origina rendimentos mensais baixos (Martins & Sousa, 2008). Contudo, devido ao alargamento da escolaridade obrigatória, ao longo destes anos, de forma a aumentar o número de jovens no ensino superior e universitário, a população idosa do futuro terá elevada formação (Bento, 1999), conhecimento e rendimentos, tendência que já se verifica agora, nos idosos menos velhos.

Escolaridade																		
n = 25																		
Grupo	Não sabe ler/escrever		Sabe ler e escrever		1º Ciclo do Ensino Básico		2º Ciclo do Ensino Básico		3º Ciclo do Ensino Básico		Ensino Secundário		Bacharelato		Licenciatura		Pós-Graduação	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AF_Autarquia	-	-	-	-	18	72,0	2	8,0	2	8,0	2	8,0	-	-	1	4,0	-	-
AF_Ginásio	-	-	-	-	4	16,0	3	12,0	1	4,0	7	28,0	4	16,0	5	20,0	1	4,0
AF_IPSS	10	40,0	7	28,0	8	32,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nãopraticante	3	12,0	7	28,0	13	52,0	1	4,0	-	-	-	-	1	4,0	-	-	-	-

**Tabela 15.** Caracterização dos grupos por Escolaridade.

Rendimento																
n = 25																
Grupo	menos de 150€		de 150€ a 300€		de 300€ a 450€		de 450€ a 600€		de 600€ a 750€		de 750 € a 1000 €		de 1000€ a 1500€		mais de 1500 €	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AF_Autarquia	3	12,0	6	24,0	6	24,0	4	16,0	-	-	2	8,0	2	8,0	2	8,0
AF_Ginásio	-	-	3	12,0	-	-	2	8,0	1	4,0	3	12,0	9	36,0	7	28,0
AF_IPSS	1	4,0	14	56,0	9	36,0	-	-	-	-	1	4,0	-	-	-	-
Nãopraticante	1	4,0	9	36,0	9	36,0	3	12,0	-	-	2	8,0	1	4,0	-	-

**Tabela 16.** Caracterização dos grupos por Rendimento.

Observando a tabela 17, constata-se que nos programas autárquicos e de ginásio existe uma supremacia dos indivíduos casados em relação aos indivíduos viúvos ou separados/divorciado. Sendo que no grupo que pratica AF na IPSS são os indivíduos viúvos, separados/divorciados e solteiros que se encontram mais representados neste grupo de amostra.

Do conjunto dos valores os indivíduos que praticam mais AF são os indivíduos casados, contudo estes valores não estão em consonância com estudos como Kanplan, 2001 e Couto, 2003. Kanplan em 2001, num estudo cuja finalidade era identificar os factores associados à frequência com que as pessoas idosas realizam AF, concluiu que, numa amostra de 6267 indivíduos quem praticava mais AF era os indivíduos não casados (55,4%) em relação aos indivíduos casados (49,6%). Couto, 2003 no seu estudo sobre factores demográficos e psicossociais nas pessoas idosas que praticam AF concluiu que são as pessoas viúvas quem praticam mais AF.

Todavia, indo ao encontro dos dados recolhidos nesta investigação Shaw & Spokane em 2008, no seu estudo cujo objectivo era examinar a associação entre o nível de educação e a AF, identificou que as pessoas casadas (53,0%) praticam mais AF que as não casadas (45,7), numa amostra de 7,595 indivíduos.

Estado Civil n = 25								
Grupo	Casado (a)		Viúvo (a)		Separado (a) / Divorciado (a)		Solteiro (a)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
AF_Autarquia	15	60,0	8	32,0	2	8,0	-	-
AF_Ginásio	17	68,0	1	4,0	7	28,0	-	-
AF_IPSS	9	36,0	12	48,0	1	4,0	3	12,0
Nãopraticante	16	64,0	9	36,0	-	-	-	-

**Tabela 17.** Caracterização dos grupos por Estado Civil.

### **1.3 Caracterização dos grupos por Actividade Física.**

Analizando os anos de prática de AF, as horas despendidas semanalmente e o número de modalidades praticadas, verifica-se que o grupo que pratica AF no Ginásio,

treinam há mais tempo, mais horas por semana e mais modalidades. Tendo em conta os dados analisados anteriormente e as correlações realizadas, verifica-se que este grupo também se caracteriza por ser o menos velho, possuir maior escolaridade e consequentemente maior rendimento.

Analisando o lado oposto verifica-se que o grupo que pratica AF há menos tempo é o grupo que pratica AF na Autarquia, enquanto o grupo que pratica menos horas semana e menos modalidades é o grupo que pratica AF na IPSS.

No entanto verifica-se que a prática de AF, em média, de todos os grupos iniciou-se há relativamente pouco tempo, em média entre um e dois anos. Concluindo-se que grande parte das pessoas idosas iniciou a prática de AF de forma regular e organizada depois de entrar na reforma. Contudo, não foi analisado a prática de AF física destes indivíduos quando eram jovens/adultos, uma vez que o exercício praticado pelas pessoas idosas é, em parte, continuação do treino praticado em jovens (Marques, 1999).

### **1.4 Caracterização dos grupos por Atitudes face à Actividade Física.**

Em relação às atitudes dos participantes de programas de AF constata-se que todos os grupos apresentam atitudes cuja média ronda os 4,02 e 4,91, numa escala em que o máximo é 5. De facto, vários estudos comprovam que as pessoas idosas têm atitudes muito positivas em relação à AF como é o caso de Oliveira & Duarte (1999), de Couto (2003) e de Caetano & Vasconcelos (2005).

Os clientes da Autarquia (menos velhos) são os que apresentam atitudes mais positivas nas sub-escalas LT, PS, EV e BS. Sendo que os que apresentam atitudes menos positivas são os clientes da IPSS (mais velhos) nas sub-escalas LT, PS, EV e na sub-escala BS o grupo com atitudes menos positivas é o que não pratica AF regularmente.

Aprofundando os resultados das atitudes verifica-se que existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a atitude positiva e a idade e uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a atitude positiva e a escolaridade, o rendimento, os anos de prática, os número de horas semanais e o número de modalidades praticadas. Isto significa que com o aumento da idade diminui a positividade em relação às atitudes de AF, enquanto o aumento do rendimento, dos anos de literacia e dos factores da AF (anos de prática, número de horas despendidas semanalmente e número de

modalidades praticadas) afectam positivamente as atitudes das pessoas idosas, contudo não se verifica correlação entre o rendimento e a atitude BS.

Estes valores são discrepantes em relação ao estudo de Oliveira & Duarte (1999) que identificou que as atitudes dos idosos face à AF não são significativamente influenciadas pelo género, idade, escolaridade e profissão. Já o estudo de Caetano & Vasconcelos (2005) encontrou variações significativas em relação à escolaridade, em relação à atitude global face à AF, contudo não detectou diferenças significativas em função de género, idade, profissão.

Analizando o grupo que não pratica AF regularmente constata-se que a atitude que se revela menos positiva é BS, dando menos relevância ao facto do exercício ser sinónimo de divertimento, de socialização e meio de enriquecimento do tempo de lazer. Uma das barreiras à prática de AF é o facto de não possuírem ninguém com quem fazer exercício físico, de facto, as pessoas que não praticam AF possuem uma atitude positiva em relação à AF. Todavia, estes indivíduos podem não participar em programas de AF regularmente, por causa da inexistência de participantes de AF nos seus amigos próximos e pelos desconhecimento dos benefícios sociais que podem advir da prática regular em programas de AF organizados e estruturados. Allender *et al.* (2006) ao estudar a participação das pessoas idosas em programas de AF constataram que os principais motivos para a adesão dos indivíduos seriam, o desejo de atenuar o processo de envelhecimento assim como providenciar uma rede de suporte social nos membros do programa.

Contudo, os resultados obtidos nesta investigação devem ser vistos à luz dos contextos sócio-demográficos em que os grupos estão inseridos. O grupo que pratica AF na Autarquia reside num meio urbano, a cidade de Ílhavo, possui um nível médio de literacia e rendimento. Além de mais, as suas aulas são diferentes quando comparadas com as aulas dos outros grupos, uma vez que pratica AF sempre em grupo e apresenta uma grande tendência para participar nas actividades aquáticas. Deste modo, a prática de AF, neste grupo, favorece a socialização, possibilita a interacção entre os participantes e permite melhorar o bem-estar psicológico dos indivíduos, sendo que apresentam uma atitude mais positiva em relação aos BS.

O grupo do Ginásio, composto por 15 indivíduos da cidade de Aveiro e 10 indivíduos de Oliveira de Azeméis, apresentam índices mais altos de escolaridade e consequentemente rendimentos. Na sua prática regular de AF privilegiam o treino



individual usufruindo pontualmente das actividades em grupo. Esta situação pode ser a justificação para que tenha uma atitude menos positiva em relação aos BS da prática de AF.

Analisando o grupo que pratica AF na IPSS, constata-se que este reside em Aguada de Cima, que é uma localidade substancialmente marcada pela indústria, metalúrgica e cerâmica, assim como pela agricultura e terá sido por terem trabalhado durante a sua vida activa nestas áreas que apresentam baixos índices de escolaridade e consequentemente de rendimento. A atitude positiva que apresentam em relação à AF, embora mais baixa do que os que não praticam AF, pode advir da prática e dos benefícios que consideraram que adquiriram da agricultura.

Deste modo, o grupo que não pratica AF regularmente, apresenta atitudes mais positivas face à AF do que o grupo que pratica AF na IPSS, porque não se encontra integrado em nenhuma valência de IPSS direccionado para pessoas idosas e está mais sujeito à influência dos meios de comunicação como a televisão, que cada vez mais, passa notícias sobre os benefícios da prática de AF por pessoas idosas.

### **1.5 Caracterização dos grupos por Qualidade de Vida relacionada com saúde.**

As escalas cujo objectivo é medir a QV relacionada com a saúde foram desenvolvidas de forma a medir a saúde e bem-estar, tendo em conta a perspectiva do indivíduo. Assim, surge a escala SF-12 que é um instrumento cujo objectivo é estudar a percepção das pessoas idosas sobre a sua saúde (Pettit *et al.*, 2001).

Analisando os resultados totais identifica-se que o grupo que pratica AF no Ginásio apresenta uma percepção mais positiva em relação à SFG e SMG, enquanto o grupo que pratica AF na IPSS apresenta uma percepção mais negativa sobre a sua saúde nas duas vertentes.

Esta diferença pode ser explicada pela correlação negativa e estatisticamente significativa entre a idade e a SFG, deste modo o grupo que pratica AF no Ginásio por ser o grupo menos velhos tem uma percepção mais optimista sobre a sua saúde, enquanto o grupo que pratica AF na IPSS, como é o grupo mais velho apresenta uma percepção menos positiva e mais baixa, o estudo das correlações indica ainda que quanto maior o rendimento, a escolaridade, o número de horas dispendidas semanalmente e o número de

modalidades praticadas maior é a percepção de SFG, sendo por isso que o grupo que pratica AF no Ginásio detém uma percepção mais positiva sobre a sua SFG.

Analisando os resultados SMG identifica-se que o rendimento e a escolaridade tem impacto nesta variável. Assim sendo, as pessoas com maior nível de escolaridade e maior rendimento, que neste caso é o grupo que pratica AF no Ginásio, tem uma percepção mais positiva sobre a sua SMG do que os que praticam AF na IPSS.

Contudo estes dados não vão ao encontro dos dados de Mota *et al.* (2006) e Alves (2007), uma vez que o grupo que deveria possuir percepção de QV relacionada com a saúde mais baixa deveria ser o grupo que não pratica AF regularmente e não o grupo que pratica AF, cujos valores das sub-escalas embora baixos são superiores ao grupo que pratica AF na IPSS. Todavia, o grupo que não pratica AF regularmente, mostrou uma percepção menos positiva e estatisticamente significativa em relação à FF e VT, que os outros grupos, dando a indicação que se sentem mais cansados e com mais dificuldade em realizar actividades moderadas ou intensas.



## **1. Conclusões Gerais**

Tendo em conta o objectivo da investigação, os resultados obtidos e as análises efectuadas pode-se sugerir que na amostra em estudo:

(1) As pessoas idosas que participam no programa de promoção da AF do Ginásio são maioritariamente do género feminino, casadas, menos velhas, possuem maior escolaridade e rendimento, praticam AF há mais anos, mais modalidades, mais vezes por semana, têm atitudes mais positivas face à AF e uma boa percepção da sua QV relacionada com a saúde;

(2) As pessoas idosas que participam no programa de promoção da AF da Autarquia são maioritariamente do género feminino, casadas, com idades compreendidas entre os 65 e 79 anos, com atitudes muito positivas em relação à AF, possuem uma percepção média da Saúde Física Geral e uma boa percepção em relação à Saúde Mental Geral.

(3) As pessoas idosas que participam no programa de promoção da AF da IPSS são maioritariamente do género feminino, viúvas, muito idosas com baixo nível de escolaridade e rendimento, praticam AF há menos anos e menos modalidades, possuem atitudes positivas baixas face à AF e baixa percepção da QV relacionada com a Saúde.

(4) As pessoas idosas que não praticam AF de forma regular são do género feminino, casados, com idades compreendidas entre os 65 e mais de 85 anos, baixo nível de escolaridade e rendimento, boas atitudes face à AF e baixa percepção da QV relacionada com a saúde.

Este estudo revela, ainda, que as pessoas idosas têm atitudes muito positivas em relação à AF, gostam de integrar e participar em programas de AF e praticam AF regularmente. Demonstra ainda, que participar em programas de AF pode alterar a percepção de QV dos seus participantes, uma vez que os grupos de pessoas idosas com atitudes mais positivas e menos velhos (grupo do Ginásio e grupo da Autarquia) apresentam valores mais elevados na percepção de QV.

De facto este estudo indica que na sociedade portuguesa actual a heterogeneidade entre as pessoas idosa é enorme. A imagem estereotipada do “velho, coitado, pobre e

doente” (Bento, 1999: 126) é uma desvirtuação da realidade. Embora existam pessoas idosas que possam corresponder a esta descrição, ela não representa a totalidade das pessoas idosas existentes. Este estudo demonstra que cada vez mais, existem pessoas idosas com maiores conhecimentos, maiores rendimentos económicos e que exigem diversidade, qualidade e serviços que possam ser fortes contributos para a sua QV. Podemos assim afirmar que os programas de AF criados para as pessoas idosas vão ao encontro das necessidades das pessoas mais velhas. Contudo, tendo em conta o contexto em que estão inseridos, ao nível da promoção da AF por outras entidades, as pessoas idosas menos velhas continuam a praticar a normal de AF que fizeram durante a vida e não recorrem a programas específicos para pessoas idosas, mas sim continuam a prática em Ginásios particulares.

A realização deste tipo de investigações é essencial de forma a prever a evolução dos programas de AF em Portugal. Existe neste momento uma crescente oferta nesta área para as pessoas idosas, no entanto, não se sabe se respondem verdadeiramente às suas necessidades e expectativas. Os programas de promoção da AF da Autarquia e da IPSS foram criados por profissionais da área da AF, tendo em conta o que consideram ser as necessidades das pessoas idosas, contudo não avaliam se a forma como o programa está estruturado vai ao encontro das necessidades dos seus clientes. Assim, os Ginásios privados surgem como uma alternativa, uma vez que a oferta é mais variada, as pessoas idosas podem criar os seus próprios programas, podendo usufruir de aulas em grupo ou individual, à hora e ao dia de semana que desejam e que lhes é mais conveniente.

## **2. Limitações e recomendações para futuras investigações**

Como limitação deste estudo surge, em primeiro lugar, a restrição da generalização dos dados por a amostra ser pequena. Em segundo lugar, as desigualdades sócio – demográficas das localidades em que os grupos se encontram inseridos e que podem, alterar os dados recolhidos e as conclusões do mesmo.

Diante das dificuldades encontradas ao longo da realização desta investigação e tendo como base os resultados encontrados, sugere-se alguns pontos que devem ser tomados em conta em futuras investigações:

- Ampliar a amostra e seleccionar os indivíduos de forma aleatória, de forma a poder confirmar e generalizar os resultados acerca dos clientes idosos que participam em programas de AF.
- Utilizar diferentes tipos de instrumentos para avaliar os parâmetros estudados nesta investigação a fim de identificar os que mais se aplicam à heterogeneidade da população idosa.
- Realizar uma investigação similar a esta cuja população se encontre inserida na mesma cidade ou cuja situação sócio-demográfica seja idêntica.
- Utilizar uma metodologia qualitativa para conhecer os hábitos de vida das pessoas durante a vida activa de forma a entender como escolhem o programa de AF que estão inseridos e as variáveis que afectam essa escolha.
- Analisar as barreiras à prática da AF em indivíduos com atitudes positivas em relação à AF.



- Aiken, L. (2002). *Attitudes and Related Psychosocial constructs*. California. Sage Publications.
- Albright, C., Thompson, D., (2006). The effectiveness of walking in preventing cardiovascular disease in women: a review of the current literature. *Journal of Women's Health*. 15(3):271-80.
- Allender, S., Cowburn, G., Foster, C., (2006). Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies. *Health Education Research*. 21(6): 826-35.
- Almeida, I. (2007). Factores de influência da prática de Actividade Física na terceira idade. Porto: Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Almeida, M. (2007). Envelhecimento: activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis Coordenadas de análise. *Sociológico*, 17: 17-24
- Alves, L., (2007). A influência da actividade física, na qualidade de vida relacionada com a saúde e índice de massa corporal, em indivíduos com mais de 65 anos. Dissertação apresentada para provas de Mestrado no ramo de ciências do Desporto. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física – Universidade do Porto.
- Amaro, L., Meira, P., (2006). Idosos urbanos: quem é e o que pensa a terceira idade em Porto Alegre. *Gestão e Desenvolvimento*. 3 (2): 41-6.
- Amendola, F., Oliveira, M. A., & Alvarenga, M. R. (2008). Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*. pp. 17(2): 266-272.
- Aveiro, C., Navega, T., Granito, N., Rennó, M., Oishi, J., (2004). Efeitos de um programa de actividade física no equilíbrio e na força muscular do quadríceps em mulheres osteoporóticas visando uma melhoria na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 2004; 12(3): 33-38.
- Bean J., Bailey A., Dan K., Leveille S., (2007). Do attitudes toward exercise vary with differences in mobility and disability status? – a study among low-income seniors. *Disabil Rehabil*, 29(15): 1215–1220.



- Bento, J.; (1999). O idoso: a geração do próximo milénio. In: J. Mota e J. Carvalho (eds.), *Actas do Seminário, A Qualidade de vida no idoso: o papel da Actividade Física.*, pp. 210-217. Gabinete de Desporto de recreação e tempos Livres. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto. Porto.
- Blair S., Kampert J., Kohl H., Barlow C., Macera C., Paffenbarger R., Gibbons L. (1996). Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women, *JAMA*. Jul 17; 276(3):205-10.
- Bohner, G. & Wanke, M. (2002). *Attitudes and Attitude Change*. Filadélfia: Psychology Press.
- Boone-Heinonen, J., Evenson, K., Taber, D., Gordon-Larsen, P., (2009). Walking for prevention of cardiovascular disease in men and women: a systematic review of observational studies. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 10(2):204-17.
- Booth, L., Owen, N., Bauman, A., Clavisi, O., Leslie, E. (2000). Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Preventive Medicine*. 31(1):15-22.
- Bowling, A.: (1997). *Measuring Health; a Review of Quality of Life Measurement Scales* (2nd ed.). Buckingham, Open University Press.
- Byberg, L., Melhus, H., Gedeberg, R., Sundström, J., Ahlbom, A., Zethelius, B., Berglund, L., Wolk, A., Michaëlsson, K., (2009). Total mortality after changes in leisure time physical activity in 50 year old men: 35 year follow-up of population based cohort. *BMJ*. 338:b688.
- Campolina A., Ciconelli R., (2008). O SF-36 e o Desenvolvimento de Novas Medidas de Avaliação da Qualidade de Vida. *Acta Reumatológica Portuguesa*. (2):127-33.
- Canadian Study of Health and Aging (2002). *Am J Epidemiol*. 156(5): 445-53.
- Caetano, L., Raposo, J. (2005). Atitudes dos Idosos face à Actividade Física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 5(1) : 143:158.
- Cardoso, A., Borges, L. (2008). Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico, *Porto Alegre*, 14 (01): 225-239.

- Carrilho, M. Gonçalves C. (2004). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, INE nº 36.
- Caspersen, C., Christenson, G., Pollard, R., (1986). Status of the 1990 physical fitness and exercise objectives--evidence from NHIS 1985. *Public Health Reports*. 101(6): 587-592.
- CDC, Centers for Disease Control and Prevention (2004). Prevalence of no leisure-time physical activity-35 States and the District of Columbia, 1988-2002., *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. Feb 6; 53(4): 82-6.
- Couto, L. (2003) A actividade Física no Idoso – factores demográficos e psicossociais. Tese de Mestrado – Faculdade de Ciencias do Desporto, Universidade do Porto.
- Eagly, A., & Chaiken, S. (1998). Attitude Structure and function. In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey, *The handbook of social psychology*. Boston: McGraw-Hill. 1: 269-322.
- Erwin, P. (2001). *Attitudes and Persuasion*. Psychology Press, Ltd.: Filadélfia.
- Ettinger, W., Wright, B., Blair, S. (2006). *Fitness after 50*, Champaign, Human Kinetics.
- Eurobarometer (2010). Sport and Physical Activity. *Special Eurobarometer – TNS Opinion & Social*
- Eyler, A., Borwnson, R., King, A., Brown, D., Donatelle, R., Health, G., (1997). Physical activity and women in the United States: an overview of health benefits, prevalence, and intervention opportunities. *Women & Health*. 26:27-49.
- Faria, L., Marinho, C., (2204). Actividade Física, saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 6 (01):93-104.
- Fernandes, A. & Botelho, M. (2007). Envelhecer activo, envelhecer saudável: O grande desafio. *Sociológico*. 17: 11-16
- Ferreira, P. (1998). A medição do estado de Saúde: criação da versão Portuguesa do Mos SF-36. Documento de trabalho 2. *Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra*.
- Ferreira, P. (2000). Criação da versão portuguesa da Mos SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*. 13: 119-127

- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização* (1ª ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Friedenreich, C., Thune, I., (2001). A review of physical activity and prostate cancer risk. *Cancer Causes and Control*.12:461-475.
- Gharbi, O., Chafai, R., Kassab, A., Mahmoudi, K., Hochlef, M., Ben Fatma, L., Landolsi, A., Slim, B., (2010). Physical activity reduces the risk of breast cancer: A case-control study in Tunisian population. *Cancer Epidemiol.*
- Giannakouris, K. (2008). Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. *Eurostat*.
- Gill, J., Cooper, A., (2008). Physical activity and prevention of type 2 diabetes mellitus. *Sports Medecine*. 38(10):807-24.
- Goldberg, J., King, A., (2007). Physical Activity and Weight Management Across the Lifespan. *Annual Review of Public Health*. 28:145-170.
- Grzywacz, J., Marks, N., (2001). Social inequalities and exercise during adulthood: toward an ecological perspective. *Journal of Health and Social Behavior*. 42(2):202-20.
- Howard, R., Freedman, M., Park, Y., Hollenbeck, A., Schatzkin, A., Leitzmann, M., (2008). Physical activity, sedentary behavior and risk of colon and rectal cancer in the NIH-AARP Diet and health study. *Cancer Causes and Control*. 13(19): 939-953.
- Hu, G., Lindström, J., Valle, T., Eriksson, J., Jousilahti, P., Silventoinen, K., Qiao, Q., Tuomilehto, J., (2004). Physical activity, body mass index, and risk of type 2 diabetes in patients with normal or impaired glucose regulation. *Archives of internal medicine*. 26;164(8):892-6.
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*. Madrid.
- John, E., (2010). Lifetime Physical Activity and risk of endometrial Cancer. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*.19 (5): 1276-1283.

- Kahan, E., Fogelman, Y., Bloch, B., (2005). Correlations of work, leisure, and sports physical activities and health status with socioeconomic factors: a national study in Israel. *Postgraduate Medical Journal*. 81(954): 262-265.
- Kaplan, S., Newsom, J., McFarland. B., Lu L., (2001). Demographic and psychosocial correlates of physical activity in late life. *American Journal of Preventive Medicine*. 21(4):306-12.
- Knols, R., Aaronson, N., Uebelhart, D., Fransen, J., Aufdemkampe, G., (2005). Physical exercise in cancer patients during and after medical treatment: a systematic review of randomized and controlled clinical trials. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 23(16):3830-42.
- Lautenschlager, N., Cox, K., Kurz, A., (2010). Physical Activity and Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *Current Neurology and Neuroscience reports*.
- Lautenschlager N., Cox K., Flicker L., Foster J., Van Bockxmeer F., Xiao J., Greenop K. (2008). Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. *JAMA* 300 (9): 1027-1037
- Lee, Y., Park, K., (2008). Does physical activity moderate the association between depressive symptoms and disability in older adults? *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 23:249-256.
- Lindsay J., Laurin D., Verreault R., Hébert R., Helliwell B., Hill G., McDowell I. (2002). Risk factors for Alzheimer's disease: a prospective analysis from the Canadian Study of Health and Aging. *Am J Epidemiol*. 156(5):445-53.
- Livingstone, M., Robson, P., McCarthy, S., Kiely, M., Harrington, K., Browne, P., Galvin, M., Wareham, N., Rennie, K. (2001). Physical activity patterns in a nationally representative sample of adults in Ireland. *Public Health Nutrition*, 4, pp 1107-1116.
- Marco, M. (2006). Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projecto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 20(1): 60-72.
- Marques, A. (1999). A actividade física na 3ª idade. In: J. Mota e J. Carvalho (eds.), *Actas do Seminário, A Qualidade de vida no idoso: o papel da Actividade Física*. pp. 210-

217. Gabinete de Desporto de recreação e tempos Livres. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto. Porto.
- Martins, R. (2002). Envelhecimento Demográfico. *Millenium* - Revista do ISPV 26.
- Martins, R.& Santos, A., (2008). Ser idoso hoje. *Millenium* - Revista do ISPV. 35:1-8
- Martinsen, E., (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*. 62 (47):25-29.
- Matsudo, S. (2006). Actividade Física na promoção e qualidade de vida no envelhecimento. Epidemiologia e Actividade Física. In: XI congresso ciências do desporto e educação física dos países de língua portuguesa. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*. São Paulo, 20 (5): 135-137.
- Matsudo, S. Matsudo, V., (1992). Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 6 (4): 19-301992.
- Mezzo, R., Cavanagh, P., Evans, W., Fiatarone, M., Hagberg, J., McAuley, E., Startzell, J., (1998). Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 20 (6).
- Misigoj-Duraković, M., Heimer, S., Matković, B., Ruzić, L., Prskalo, I., (2000). Physical activity of urban adult population: questionnaire study. *Croatian Medical Journal*. 41(4):28–32.
- Mota, J., Ribeiro, J., Carvalho, J., Matos, M., (2006). Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 20(3):219-25.
- Motl, R, Konopack, J., McAuley, E., Elavsky, S., Jerome, G., Marquez, D., (2005). Depressive Symptoms Among Older Adults: Long-Term Reduction After a Physical Activity Intervention. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(4): 385-394.
- Mullineaux, D., Barnes, C, Barnes, E. (2001). Factors affecting the likelihood to engage in adequate physical activity to promote health. *Journal of Sports Sciences*. 19:279–88.

- Oliveira, S.; Duarte, A. (1999). As atitudes dos idosos face à Actividade Física In: J. Mota e J. Carvalho (eds.), *Actas do Seminário, A Qualidade de vida no idoso: o papel da Actividade Física*. pp. 210-217. Gabinete de Desporto de recreação e tempos Livres. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto. Porto.
- Oliveira, C., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais, A., & Veríssimo, M. (2008). Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa. Coimbra: GERPI.
- Oliveira, S. (1998). Tratado de metodologia científica: Projetos de pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses. São Paulo: *Pioneira*, 2ª edição.
- Ortiz-Hernández L & Ramos-Ibáñez N., (2010). Sociodemographic factors associated with physical activity in Mexican adults. *Public Health Nutrition*. 13(7):1131-8.
- Ostrom, T. (1989). Interdependence os Attitude Theory and Measurement. In A. Pratkanis, S. Breckler, & A. Greenwald, *Attitude strcture and function* (pp. 11-32). New Jersey: Lawrende Erlbaum Associates, Inc.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social, *Sociologia* nº 15. Faculdade de Letras, Porto
- Pettit, T., Livingston, G., Manela, M., and Kitchen, J., Bowling, A., Katona, C., (2001). Validation and norms in health status instruments in older people: The Islington study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 16 (11): 1061-1070.
- Petty, R., & Wegener, D. (1998). Attitude Change: Multiple Roles for Persuasion Variables. In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Linzey, *The Handbook Social Psychology* (Vol. 1, pp. 323-390). Boston: McGraw-Hill.
- Reis, C., (2009). Obesidade e atividade física. *Revista Digital efdeportes*. 130:13.
- Rodrigues, A. (1992). *Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.
- RoperASW (2002). Exercice Attitudes and Behaviors: a Survey of Adults Age 50-79. *AARP*.
- Seidl E. & Zannon C., (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):580-588.

- Santos, S. (2006). Motivação para a prática de Actividade Física em Mulheres Idosas – Estudo com idosas em Lares e Centros de Dia. Tese de Mestrado – Faculdade de Ciencias do Desporto, Universidade do Porto.
- Salmon, A., Kohl, B., Bull, F., Gauvin, L., Shilton, T., Bauman, A., (2010). The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action. *International Congress for Physical Activity and Health in Toronto Canada*.
- Sesso, H., Paffenbarger, R., Ha, T., Lee, I., (1999). Physical activity and cardiovascular disease risk in middle-aged and older women. *American Journal of Epidemiology*. 150(4):408-16.
- Shaw, B., Spokane, L., (2008). Examining the Association Between Education Level and Physical Activity Changes During Early Old Age. *Journal Aging Health*. 20(7): 767-787
- Simons-Morton, D., Hogan, P., Dunn, A., Pruitt, L., King, A., Levine, B., Miller, S., (2000). Characteristics of inactive primary care patients: baseline data from the activity counseling trial. For the Activity Counseling Trial Research Group. *Preventive Medicine*. 31:513–21.
- Sousa, L., Galante H., Figueiredo D., (2003). Qualidade de Vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*. 37(3):364-71.
- Seefeldt, V., Malina, R., Clark, M., (2002). Factors affecting levels of physical activity in adults. *Sports Medecine*. 32:143–68.
- Spirduso, W., Francis K., & MacRae P. (2005). Physical dimensions of aging. Champaign, Human Kinetics.
- The WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*. 23(3):24–56.
- The WHOQOL Group (1997). Measuring quality of life. WHO. Genebra.
- Takahashi, S., & Tumelero, S., (2004). Benefícios da atividade física na melhor idade. *Revista Digital Efdeportes*. 10 (74)

- Terry, P. C., Biddle, S. J., Chatzisarantis, N., & Bell, R. B. (1997). Changing habits by changing attitudes. *Journal of Health, Physical Education, Recreation, and Dance*. 48: 13-20.
- Tardon, A., Lee, W., Delgado-Rodriguez, M., Dosemeci, M., Albanes, D., Hoover, H., Blair, A., (2005). Leisure-time physical activity and lung cancer: a meta-analysis. *Cancer Causes and Control*. 16(4):389-397.
- Vellas B, Gillette-Guyonnet S, Andrieu S. (2008). Memory health clinics-a first step to prevention, *Alzheimer's & Dementia*. 4(1): 144-149.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., Bowling, A. (2000) Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10 (4). pp. 407-417. ISSN 09592598
- Volicer, L., & Blomm-Charette, L. (1999). Assessment of Quality of Life in Advanced Dementia. In L. Volicer, & L. Blomm-Charette, *Enhancing the Quality of Life in Advanced Dementia* (pp. 3-17). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Ware, J. (2005). Sf-12 Health Survey for use in Australia. QyalityMetric Incorporated, Lincoln.
- WHO, World Health Organization (2002). Active Ageing: A policy framework. *Geneva: Noncommunicable disease prevention and health promotion, aging and life course*.
- WHO, World Health Organization (1946). Constitution of the World Health Organization. *Basic Documents*. WHO. Genebra.





**Anexo I – Questionário**

## Consentimento Livre e Informado

**Investigador:** Ana Daniela de Pina Tavares

**Contacto telefónico:** 916250970

**Responsável pelo projecto:** Professor Doutor Rui Neves

---

O envelhecimento populacional exige que se conheçam as necessidades das pessoas idosas para promover políticas e programas adequados. Assim, com este estudo, integrado no Mestrado em Gerontologia, pretende-se caracterizar os Programas de Actividade Física (Programas autárquicos, Programas de IPSS e Programas privados) através da percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde e da atitude face à actividade física dos seus clientes. Nesse sentido pretende-se que responda a um questionário que demorará perto de 7 minutos. Não existem respostas erradas e todas as respostas são importantes para este projecto.

Nenhuma informação que o identifique será incluída no questionário, qualquer eventual referência será substituída por códigos. A sua participação não terá qualquer custo para si. Se decidir participar, pode mesmo assim retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura. É livre de não responder a qualquer pergunta, continuando as restantes a serem importantes.

Qualquer dúvida ou questão pode ser colocada à investigadora ou ao coordenador do projecto (ver os contactos no início da folha).

**Declaro que:**

☐ **Não aceito participar**

☐ **Aceito participar**

▪ **Assinatura do participante** \_\_\_\_\_

▪ **Assinatura do investigador** \_\_\_\_\_

▪ **Consentimento verbal** ☐

**Data:**  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/2010



## **Questionário**

O presente questionário tem como principal objectivo a recolha de dados para a elaboração da tese de Mestrado em Gerontologia. É constituído por três partes:

- 1ª parte – questões relacionadas com aspectos pessoais;
- 2ª parte – questões sobre o estado de saúde;
- 3ª parte – questões relacionadas com a atitude face ao exercício físico.

**Agradeço desde já a sua atenção e colaboração.**



**Data de Nascimento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Idade** \_\_\_\_\_ anos

---

**Naturalidade:** \_\_\_\_\_ **Nacionalidade:** \_\_\_\_\_

---

**Sexo** Feminino ☐ Masculino ☐

---

**Estado Civil**

Solteiro(a) ☐ Separado/Divorciado ☐  
Casado(a) ☐ União de Facto ☐  
Viúvo(a) ☐

---

**Nível de Instrução:**

Não sabe ler/escrever ☐ Ensino Técnico profissional ☐  
Sabe ler e escrever ☐ Licenciatura ☐  
Ensino Básico ☐ Pós graduação ☐  
Ensino Preparatório ☐ Mestrado ☐  
Ensino Secundário ☐ Doutoramento ☐

---

**O seu rendimento mensal encontra-se entre:**

menos de 150 € ☐ de 600 € a 750 € ☐  
de 150 € a 300 € ☐ de 750 € a 1000 € ☐  
de 300 € a 450 € ☐ de 1000 € a 1500 € ☐  
de 450 € a 600 € ☐ mais de 1500 € ☐

---

**Participa regularmente em programas de Actividade Física?**

SIM ☐ NÃO ☐

Se **sim**, responda às seguintes questões:

**Há quantos anos?** \_\_\_\_\_

**Qual a frequência?** \_\_\_\_ sessões por semana; \_\_\_\_ horas por sessão

**Qual é a actividade física que pratica?** \_\_\_\_\_



### Questionário de Estado de Saúde (SF – 12v2) (Ferreira, 2000; Tavares, 2010)

**Instruções:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

#### 1. Em geral, diria que a sua saúde é:

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

#### 2. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia.

Será que **a sua saúde o/a limita nestas actividades?** Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) <b>Actividades moderadas</b> , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa ....	1	2	3	4	5
b) <b>Actividades intensas</b> , tais como subir vários lanços de escada ....	1	2	3	4	5

#### 3. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como **consequência do seu estado de saúde físico?**

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

Quanto tempo, nas <b>últimas quatro semanas...</b>	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Fez <b>menos</b> do que queria? .....	1	2	3	4	5
b) Sentiu-se limitado/a no <b>tipo</b> de trabalho ou outras actividades .....	1	2	3	4	5

4. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir **devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)**?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Fez <b>menos</b> do que queria? .....	1	2	3	4	5
b) Executou o seu trabalho ou outras actividades <b>menos cuidadosamente</b> do que era costume .....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que **a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?**

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	
Imenso				
1	2	3	4	5

6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu <b>calmo/a</b> e <b>tranquilo/a</b> ? ....	1	2	3	4	5
b) Se sentiu com muita <b>energia</b> ? ....	1	2	3	4	5
c) Se sentiu <b>deprimido/a</b> ? .....	1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas, **até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?**

(Por favor assinale com um círculo na palavra que considerar adequada)

<b>Sempre</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Algum tempo</b>	<b>Pouco tempo</b>	<b>Nunca</b>
---------------	-------------------------------	--------------------	--------------------	--------------

**Atitude face ao Exercício Físico** (Terry *et al.*, 1997; Oliveira, 1998, Tavares, 2010)

Assinalando o parâmetro escolhido (colocando um círculo na pontuação que considera adequada), diga-nos qual é a sua **Atitude** face ao **Exercício Físico**.

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro/ Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
1. Praticar exercício físico com pessoas da mesma idade é bom para conviver.	1	2	3	4	5
2. O exercício físico praticado de uma forma equilibrada é essencial para uma boa saúde.	1	2	3	4	5
3. O exercício físico ajuda a libertar emoções e ansiedades.	1	2	3	4	5
4. A actividade física quando realizada em grupo é divertida.	1	2	3	4	5
5. O exercício físico, praticado regularmente, é necessário para uma boa saúde.	1	2	3	4	5
6. O desenvolvimento das capacidades físicas leva à desconstrução do indivíduo.	1	2	3	4	5
7. O exercício físico é importante para ajudar uma pessoa a melhorar a saúde geral.	1	2	3	4	5
8. Participar em actividades físicas é uma boa forma de passar os tempos livres.	1	2	3	4	5
9. O exercício físico diário é necessário para manter a saúde geral de cada pessoa.	1	2	3	4	5
10. A actividade física é de certa forma um remédio excelente para uma pessoa tensa, irritável e ansiosa.	1	2	3	4	5
11. O exercício físico faz bem ao corpo humano.	1	2	3	4	5
12. A actividade física descontra o indivíduo que o pratica.	1	2	3	4	5
13. A actividade física regular faz uma pessoa sentir-se melhor.	1	2	3	4	5
14. O exercício físico é necessário para manter a saúde geral de cada pessoa.	1	2	3	4	5
	Discordo totalmente	Discordo	Neutro/ Indeciso	Concordo	Concordo totalmente



**Anexo II – Análise Estatística**

**Género**

Actividade Física			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
AfAutarquia	Valid	Feminino	23	92,0	92,0	92,0
		Maculino	2	8,0	8,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
AfGinásio	Valid	Feminino	17	68,0	68,0	68,0
		Maculino	8	32,0	32,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
AfIPSS	Valid	Feminino	16	64,0	64,0	64,0
		Maculino	9	36,0	36,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
Nãoopraticante	Valid	Feminino	15	60,0	60,0	60,0
		Maculino	10	40,0	40,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	

**Tabela 1** Caracterização dos grupos por Género

**Estado\_Civil**

Actividade Física			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
AfAutarquia	Valid	Casado (a)	15	60,0	60,0	60,0
		Viuvo (a)	8	32,0	32,0	92,0
		Separado (a) / Divorciado (a)	2	8,0	8,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
AfGinásio	Valid	Casado (a)	17	68,0	68,0	68,0
		Viuvo (a)	1	4,0	4,0	72,0
		Separado (a) / Divorciado (a)	7	28,0	28,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
AfIPSS	Valid	Solteiro (a)	3	12,0	12,0	12,0
		Casado (a)	9	36,0	36,0	48,0
		Viuvo (a)	12	48,0	48,0	96,0
		Separado (a) / Divorciado (a)	1	4,0	4,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
Nãoopraticante	Valid	Casado (a)	16	64,0	64,0	64,0
		Viuvo (a)	9	36,0	36,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	

**Tabela 2.** Caracterização dos grupos por Estado Civil

Nível\_de\_instrução

Actividade Física			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
AfAutarquia	Valid	1º Ciclo do Ensino Básico	18	72,0	72,0	72,0
		2º Ciclo do Ensino Básico	2	8,0	8,0	80,0
		3º Ciclo do Ensino Básico	2	8,0	8,0	88,0
		Ensino Secundário	2	8,0	8,0	96,0
		Licenciatura	1	4,0	4,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
AfGinásio	Valid	1º Ciclo do Ensino Básico	4	16,0	16,0	16,0
		2º Ciclo do Ensino Básico	3	12,0	12,0	28,0
		3º Ciclo do Ensino Básico	1	4,0	4,0	32,0
		Ensino Secundário	7	28,0	28,0	60,0
		Bachelorato	4	16,0	16,0	76,0
		Licenciatura	5	20,0	20,0	96,0
		Pós-Graduação	1	4,0	4,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
AfIPSS	Valid	Não sabe ler/escrever	10	40,0	40,0	40,0
		Sabe ler e escrever	7	28,0	28,0	68,0
		1º Ciclo do Ensino Básico	8	32,0	32,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
Nãoopracante	Valid	Não sabe ler/escrever	3	12,0	12,0	12,0
		Sabe ler e escrever	7	28,0	28,0	40,0
		1º Ciclo do Ensino Básico	13	52,0	52,0	92,0
		2º Ciclo do Ensino Básico	1	4,0	4,0	96,0
		Bachelorato	1	4,0	4,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	

**Tabela 3** Caracterização dos grupos por Nível de Instrução.

**Idade**

Actividade Física			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
AfAutarquia	Valid	de 65 a 69 anos	14	56,0	56,0	56,0
		de 70 a 74 anos	8	32,0	32,0	88,0
		de 75 a 79 anos	3	12,0	12,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
AfGinásio	Valid	de 65 a 69 anos	21	84,0	84,0	84,0
		de 70 a 74 anos	2	8,0	8,0	92,0
		de 75 a 79 anos	2	8,0	8,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
AfIPSS	Valid	de 65 a 69 anos	3	12,0	12,0	12,0
		de 70 a 74 anos	3	12,0	12,0	24,0
		de 75 a 79 anos	6	24,0	24,0	48,0
		de 80 a 84 anos	6	24,0	24,0	72,0
		mais de 85 anos	7	28,0	28,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
Não praticante	Valid	de 65 a 69 anos	5	20,0	20,0	20,0
		de 70 a 74 anos	4	16,0	16,0	36,0
		de 75 a 79 anos	6	24,0	24,0	60,0
		de 80 a 84 anos	9	36,0	36,0	96,0
		mais de 85 anos	1	4,0	4,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	

**Tabela 4** Caracterização do grupo por Idade.

Rendimento\_Mensal

Actividade Física			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
AfAutarquia	Valid	menos de 150 €	3	12,0	12,0	12,0
		de 150 € a 300€	6	24,0	24,0	36,0
		de 300 € a 450 €	6	24,0	24,0	60,0
		de 450 € a 600 €	4	16,0	16,0	76,0
		de 750 € a 1000 €	2	8,0	8,0	84,0
		de 1000 € a 1500 €	2	8,0	8,0	92,0
		mais de 1500 €	2	8,0	8,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
AfGinásio	Valid	de 150 € a 300€	3	12,0	12,0	12,0
		de 450 € a 600 €	2	8,0	8,0	20,0
		de 600 € a 750 €	1	4,0	4,0	24,0
		de 750 € a 1000 €	3	12,0	12,0	36,0
		de 1000 € a 1500 €	9	36,0	36,0	72,0
		mais de 1500 €	7	28,0	28,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
AfIPSS	Valid	menos de 150 €	1	4,0	4,0	4,0
		de 150 € a 300€	14	56,0	56,0	60,0
		de 300 € a 450 €	9	36,0	36,0	96,0
		de 750 € a 1000 €	1	4,0	4,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
Nãoopraticante	Valid	menos de 150 €	1	4,0	4,0	4,0
		de 150 € a 300€	9	36,0	36,0	40,0
		de 300 € a 450 €	9	36,0	36,0	76,0
		de 450 € a 600 €	3	12,0	12,0	88,0
		de 750 € a 1000 €	2	8,0	8,0	96,0
		de 1000 € a 1500 €	1	4,0	4,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	

**Tabela 5** Caracterização do grupo por Rendimento Mensal.

anos de pratica de AF

Atividade Física			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
AfAutarquia	Valid	menos de 1 ano	4	16,0	16,0	16,0
		de 1 a 5 anos	18	72,0	72,0	88,0
		de 6 a 10 anos	3	12,0	12,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
AfGinásio	Valid	menos de 1 ano	4	16,0	16,0	16,0
		de 1 a 5 anos	8	32,0	32,0	48,0
		de 6 a 10 anos	12	48,0	48,0	96,0
		mais de 10 anos	1	4,0	4,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
AfIPSS	Valid	menos de 1 ano	8	32,0	32,0	32,0
		de 1 a 5 anos	10	40,0	40,0	72,0
		de 6 a 10 anos	5	20,0	20,0	92,0
		mais de 10 anos	2	8,0	8,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
Nãopraticante	Valid	menos de 1 ano	25	100,0	100,0	100,0

**Tabela 6** Caracterização dos grupos por anos de prática de AF

nº por semana que pratica AF

Atividade Física			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
AfAutarquia	Valid	de 1 hora a 3 horas semanais	18	72,0	72,0	72,0
		de 4 a 6 horas semanais	5	20,0	20,0	92,0
		de 7 a 9 horas semanais	2	8,0	8,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
AfGinásio	Valid	de 1 hora a 3 horas semanais	10	40,0	40,0	40,0
		de 4 a 6 horas semanais	12	48,0	48,0	88,0
		de 7 a 9 horas semanais	1	4,0	4,0	92,0
		mais de 9 horas semanais	2	8,0	8,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
AfIPSS	Valid	de 1 hora a 3 horas semanais	14	56,0	56,0	56,0
		de 4 a 6 horas semanais	11	44,0	44,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
Nãopraticante	Valid	não pratica AF	25	100,0	100,0	100,0

**Tabela 7** Caracterização do grupo por horas semanais que pratica AF

**Número de Modalidas**

Atividade Física			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
AfAutarquia	Valid	1	19	76,0	76,0	76,0
		2	2	8,0	8,0	84,0
		3	2	8,0	8,0	92,0
		4	2	8,0	8,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
AfGinásio	Valid	1	10	40,0	40,0	40,0
		2	11	44,0	44,0	84,0
		3	3	12,0	12,0	96,0
		4	1	4,0	4,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
AfIPSS	Valid	1	14	56,0	56,0	56,0
		2	11	44,0	44,0	100,0
		Total	25	100,0	100,0	
Nãopraticante	Valid	0	25	100,0	100,0	100,0

**Tabela 8** Caracterização do grupo por número de modalidades praticadas.

**Statistics**

Atividade Física			Promoção da saúde - itens 2, 7, 11, 13.	Libertação de tensão - itens 3, 6, 10, 12.	Exercício vigoroso - itens 5, 9, 14.	Benefícios sociais - itens 1, 4, 8.
AfAutarquia	N	Valid	25	25	25	25
		Missing	0	0	0	0
	Mean		4,91000	4,91000	4,82667	4,93333
	Std. Deviation		,268871	,226844	,374166	,215166
AfGinásio	N	Valid	25	25	25	25
		Missing	0	0	0	0
	Mean		4,83000	4,79000	4,81333	4,66667
	Std. Deviation		,336341	,328189	,373670	,544331
AfIPSS	N	Valid	25	25	25	25
		Missing	0	0	0	0
	Mean		4,37000	4,14000	4,29333	4,40000
	Std. Deviation		,462781	,573186	,538516	,461479
Nãopraticante	N	Valid	25	25	25	25
		Missing	0	0	0	0
	Mean		4,41000	4,24000	4,42667	4,02667
	Std. Deviation		,563102	,610157	,604918	,990324

**Tabela 9** Resultado da escala das atitudes.

## Idosos e Actividade Física - Programas, Qualidade de Vida e Atitudes

Statistics										
Actividade Física			SG	FF	DF	DE	FS	SM	VT	SF GERAL
AfAutarquia	N	Valid	25	25	25	25	25	25	25	25
		Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
		Mean	34,600	54,500	54,500	54,000	80,000	64,500	45,000	47,8720
		Std. Deviation	21,0119	32,4519	36,2428	36,5718	29,7560	29,6859	33,8502	26,67515
AfGinásio	N	Valid	25	25	25	25	25	25	25	25
		Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
		Mean	54,000	83,500	86,500	92,000	95,000	87,500	59,000	74,6680
		Std. Deviation	23,5850	24,6644	15,6957	16,0889	17,6777	15,3093	59,0198	15,15244
AfIPSS	N	Valid	25	25	25	25	25	25	25	25
		Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
		Mean	20,200	46,000	45,500	48,500	68,000	63,500	50,000	37,2320
		Std. Deviation	22,1020	29,6946	26,7317	30,4737	26,5361	24,7171	27,9508	20,65294
Nãoopraticante	N	Valid	25	25	25	25	25	25	25	25
		Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
		Mean	26,400	45,000	47,000	60,000	78,000	70,000	36,000	39,4720
		Std. Deviation	24,7285	36,0844	31,0996	32,8744	32,5320	26,2698	31,5238	24,27924

**Tabela 10** Resultado da Escala que SF-12



Ranks			
Actividade Física	N	Mean Rank	
anos de pratica de AF	AfAutarquia	25	56,70
	AfGinásio	25	68,36
	AfIPSS	25	55,94
	Nãopraticante	25	21,00
	Total	100	
nº por semana que pratica AF	AfAutarquia	25	57,54
	AfGinásio	25	69,56
	AfIPSS	25	61,90
	Nãopraticante	25	13,00
	Total	100	
Número de Modalidas	AfAutarquia	25	57,68
	AfGinásio	25	69,58
	AfIPSS	25	61,74
	Nãopraticante	25	13,00
	Total	100	
SG	AfAutarquia	25	52,74
	AfGinásio	25	71,20
	AfIPSS	25	35,54
	Nãopraticante	25	42,52
	Total	100	
FF	AfAutarquia	25	47,68
	AfGinásio	25	72,52
	AfIPSS	25	41,60
	Nãopraticante	25	40,20
	Total	100	
DF	AfAutarquia	25	47,56
	AfGinásio	25	75,34
	AfIPSS	25	38,72
	Nãopraticante	25	40,38
	Total	100	
DE	AfAutarquia	25	42,92
	AfGinásio	25	74,72
	AfIPSS	25	37,36
	Nãopraticante	25	47,00
	Total	100	
FS	AfAutarquia	25	50,28
	AfGinásio	25	65,48
	AfIPSS	25	36,92
	Nãopraticante	25	49,32
	Total	100	
SM	AfAutarquia	25	44,14
	AfGinásio	25	67,96
	AfIPSS	25	41,14
	Nãopraticante	25	48,76
	Total	100	
VT	AfAutarquia	25	46,38
	AfGinásio	25	66,42
	AfIPSS	25	51,36
	Nãopraticante	25	37,84
	Total	100	

Test Statistics<sup>a, b</sup>

	anos de pratica de AF	nº por semana que pratica AF	Número de Modalidas	SG	FF	DF	DE	FS	SM	VT
Chi-Square	42,607	65,166	64,947	24,303	20,657	26,249	26,070	15,885	13,416	13,568
df	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,004	,004

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Actividade\_Fisica

Tabela 11 Resultado do teste Kruskal-Wallis, parte 1.

Ranks

Atividade Física	N	Mean Rank
Libertação de tensão - itens 3, 6, 10, 12.	AfAutarquia	25
	AfGinásio	25
	AfIPSS	25
	Nãopraticante	25
	Total	100
Promoção da saúde - itens 2, 7, 11, 13.	AfAutarquia	25
	AfGinásio	25
	AfIPSS	25
	Nãopraticante	25
	Total	100
Exercício vigoroso - itens 5, 9, 14.	AfAutarquia	25
	AfGinásio	25
	AfIPSS	25
	Nãopraticante	25
	Total	100
Benefícios sociais - itens 1,4,8.	AfAutarquia	25
	AfGinásio	25
	AfIPSS	25
	Nãopraticante	25
	Total	100
SF_GERAL	AfAutarquia	25
	AfGinásio	25
	AfIPSS	25
	Nãopraticante	25
	Total	100
SM_GERAL	AfAutarquia	25
	AfGinásio	25
	AfIPSS	25
	Nãopraticante	25
	Total	100

Test Statistics<sup>a,b</sup>

	Libertação de tensão - itens 3, 6, 10, 12.	Promoção da saúde - itens 2, 7, 11, 13.	Exercício vigoroso - itens 5, 9, 14.	Benefícios sociais - itens 1,4,8.	SF_GERAL	SM_GERAL
Chi-Square	32,930	27,560	22,295	28,782	31,179	18,863
df	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Atividade\_Física

Tabela 12 Resultado do teste Kruskal-Wallis, parte 2.

Ranks

Atividade Física		N	Mean Rank
Idade_5	AfAutarquia	25	37,24
	AfGinásio	25	28,16
	AfIPSS	25	72,86
	Nãopraticante	25	63,74
	Total	100	
Estado_Civil	AfAutarquia	25	51,00
	AfGinásio	25	51,52
	AfIPSS	25	51,82
	Nãopraticante	25	47,66
	Total	100	
Nivel_de_instrução	AfAutarquia	25	57,98
	AfGinásio	25	81,16
	AfIPSS	25	24,22
	Nãopraticante	25	38,64
	Total	100	
Rendimento_Mensal	AfAutarquia	25	48,52
	AfGinásio	25	77,42
	AfIPSS	25	33,00
	Nãopraticante	25	43,06
	Total	100	

Test Statistics<sup>a,b</sup>

	Idade 5	Estado Civil	Nivel_de_instrução	Rendimento_Mensal
Chi-Square	44,222	,419	59,361	34,098
df	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,000	,936	,000	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Atividade\_Física

**Tabela 13** Resultado do teste Kruskal-Wallis, parte 3.

		Correlations																							
		Atividade_Fisica	Gênero	Idade_5	Estado_Civil	Nivel_de_instrução	Rendimento_Mensal	anos de pratica de AF	nº por semana que pratica AF	Número de Modalidas	SG	FF	DF	DE	FS	SM	VT	Libertação de tensão - itens 3, 6, 10, 12	Promoção da saúde - itens 2, 7, 11, 13	Exercício Vigoroso - itens 5, 9, 14	Benefícios sociais - itens 1, 4, 8	SF GERAL	SM GERAL		
Spearman's rho	Atividade_Fisica	Correlation Coefficient	1,000	,246"	,505"	-,042	-,466"	-,242"	-,494"	-,581"	-,582"	-,274"	-,209"	-,227"	-,100	-,139	-,051	-,162	-,513"	-,484"	-,399"	-,530"	-,271"	-,136	
		Sig. (2-tailed)	,013	,000	,675	,000	,015	,000	,006	,037	,023	,322	,168	,614	,107	,000	,000	,168	,614	,107	,000	,000	,006	,179	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	Gênero	Correlation Coefficient	,246"	1,000	,129	-,036	,099	,197"	,042	,018	-,024	,145	,242"	,166	,129	-,020	,262"	,187	-,126	,041	-,007	-,036	,217"	,195	
		Sig. (2-tailed)	,013	,202	,724	,325	,050	,675	,860	,814	,151	,015	,099	,200	,846	,008	,063	,211	,687	,944	,723	,030	,052		
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	Idade_5	Correlation Coefficient	,505"	,129	1,000	,045	-,576"	-,382"	-,229"	-,207"	-,237"	-,262"	-,203"	-,195	-,159	-,259"	-,084	-,199"	-,508"	-,466"	-,436"	-,377"	-,258"	-,184	
		Sig. (2-tailed)	,000	,202	,659	,000	,000	,022	,039	,018	,008	,043	,052	,114	,009	,407	,047	,000	,000	,000	,000	,010	,067		
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	Estado_Civil	Correlation Coefficient	-,042	-,036	,045	1,000	-,002	,175	-,068	,090	,129	,105	-,015	-,027	,050	-,089	,032	,016	,033	,086	,034	,043	,027	-,014	
		Sig. (2-tailed)	,675	,724	,659	,982	,081	,504	,371	,201	,297	,885	,786	,618	,378	,755	,876	,047	,033	,396	,736	,669	,790	,886	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	Nivel_de_instrução	Correlation Coefficient	-,466"	,099	-,576"	-,002	1,000	,638"	,249"	,264"	,279"	,516"	,439"	,399"	,374"	,356"	,301"	,202"	,469"	,435"	,372"	,274"	,512"	,344"	
		Sig. (2-tailed)	,000	,325	,000	,982	,000	,013	,008	,005	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,044	,000	,000	,000	,006	,000	,000	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	Rendimento_Mensal	Correlation Coefficient	-,242"	,197"	-,382"	,175	,638"	1,000	,212"	,231"	,239"	,391"	,355"	,296"	,300"	,295"	,231"	,101	,239"	,338"	,254"	,188	,391"	,262"	
		Sig. (2-tailed)	,015	,050	,000	,081	,000	,034	,021	,016	,000	,000	,000	,003	,002	,003	,021	,318	,016	,001	,011	,061	,000	,008	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	anos de pratica de AF	Correlation Coefficient	-,494"	,042	-,229"	-,068	,249"	,212"	1,000	,576"	,570"	,113	,215"	,151	,018	-,041	,029	,139	,270"	,309"	,248"	,360"	,182	,076	
		Sig. (2-tailed)	,000	,675	,022	,504	,013	,034	,000	,000	,262	,032	,134	,862	,687	,772	,169	,007	,002	,013	,000	,070	,451		
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	nº por semana que pratica AF	Correlation Coefficient	-,581"	,018	-,207"	,090	,264"	,231"	,576"	1,000	,933"	,179	,281"	,243"	,155	,021	,145	,248"	,287"	,295"	,280"	,302"	,276"	,163	
		Sig. (2-tailed)	,000	,860	,039	,371	,008	,021	,000	,000	,074	,005	,015	,124	,834	,149	,013	,004	,003	,005	,002	,005	,104		
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	Número de Modalidas	Correlation Coefficient	-,582"	-,024	-,237"	,129	,279"	,239"	,570"	,933"	1,000	,162	,251"	,226"	,146	,000	,162	,237"	,287"	,309"	,266"	,329"	,255"	,151	
		Sig. (2-tailed)	,000	,814	,018	,201	,005	,016	,000	,000	,108	,012	,024	,146	,994	,108	,017	,004	,002	,008	,001	,010	,135		
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	SG	Correlation Coefficient	-,274"	,145	-,262"	,105	,516"	,391"	,113	,179	,162	1,000	,537"	,607"	,559"	,320"	,447"	,464"	,264"	,185"	,194	,094	,803"	,539"	
		Sig. (2-tailed)	,006	,151	,008	,297	,000	,000	,262	,074	,108	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,008	,065	,053	,354	,000	,000	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	FF	Correlation Coefficient	-,209"	,242"	-,203"	-,015	,439"	,355"	,215"	,281"	,251"	,537"	1,000	,615"	,520"	,359"	,489"	,453"	,323"	,363"	,318"	,223"	,857"	,554"	
		Sig. (2-tailed)	,037	,015	,043	,885	,000	,000	,000	,005	,012	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,001	,026	,000	,000	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	DF	Correlation Coefficient	-,227"	,166	-,195	-,027	,399"	,296"	,151	,243"	,226"	,607"	,615"	1,000	,887"	,534"	,626"	,621"	,181	,172	,151	,180	,875"	,834"	
		Sig. (2-tailed)	,023	,099	,052	,786	,000	,003	,134	,015	,024	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,071	,086	,133	,073	,000	,000	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	DE	Correlation Coefficient	-,100	,129	-,159	,050	,374"	-,300"	,018	,155	,146	,559"	,520"	,887"	1,000	,581"	,687"	,574"	,156	,107	,101	,114	,778"	,867"	
		Sig. (2-tailed)	,322	,200	,114	,618	,000	,002	,862	,124	,146	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,122	,288	,319	,259	,000	,000	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	FS	Correlation Coefficient	-,139	-,020	-,259"	-,089	,356"	,295"	-,041	,021	,000	,320"	,359"	,534"	,581"	1,000	,497"	,311"	,213"	,206"	,200"	,232"	,502"	,889"	
		Sig. (2-tailed)	,168	,846	,009	,378	,000	,003	,687	,834	,994	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,034	,040	,046	,020	,000	,000	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	SM	Correlation Coefficient	-,051	,262"	-,084	,032	,301"	,231"	,029	,145	,162	,447"	,489"	,626"	,687"	,497"	1,000	,499"	,171	,231"	,156	,145	,619"	,784"	
		Sig. (2-tailed)	,614	,008	,407	,755	,002	,021	,772	,149	,108	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,089	,021	,121	,149	,000	,000	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	VT	Correlation Coefficient	-,162	,187	-,199"	,016	,202"	,101	,139	,248"	,237"	,464"	,453"	,621"	,574"	,311"	,499"	1,000	,236"	,228"	,171	,291"	,598"	,782"	
		Sig. (2-tailed)	,107	,063	,047	,876	,044	,318	,069	,013	,017	,000	,000	,000	,000	,002	,000	,000	,018	,023	,089	,003	,000	,000	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	Libertação de tensão - itens 3, 6, 10, 12	Correlation Coefficient	-,513"	-,126	-,508"	,033	,469"	,239"	,270"	,287"	,287"	,264"	,323"	,181	,156	,213"	,171	,236"	1,000	,834"	,794"	,750"	,311"	,224"	
		Sig. (2-tailed)	,000	,211	,000	,745	,000	,016	,007	,004	,004	,008	,001	,071	,122	,034	,089	,018	,000	,000	,000	,000	,002	,025	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	Promoção da saúde - itens 2, 7, 11, 13	Correlation Coefficient	-,484"	,041	-,466"	,086	,435"	,338"	,309"	,295"	,309"	,185	,363"	,172	,107	,206"	,231"	,228"	,834"	1,000	,841"	,817"	,297"	,225"	
		Sig. (2-tailed)	,000	,687	,000	,396	,000	,001	,002	,003	,002	,065	,000	,000	,086	,288	,040	,021	,023	,000	,000	,000	,003	,025	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	Exercício vigoroso - itens 5, 9, 14	Correlation Coefficient	-,399"	-,007	-,436"	,034	,372"	,254"	,248"	,280"	,266"	,194	,318"	,151	,101	,200"	,156	,171	,794"	,841"	1,000	,721"	,281"	,186	
		Sig. (2-tailed)	,000	,944	,000	,736	,000	,011	,013	,005	,008	,053	,001	,133	,319	,046	,121	,089	,000	,000	,000	,005	,063		
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	Benefícios sociais - itens 1, 4, 8	Correlation Coefficient	-,530"	-,036	-,377"	,043	,274"	,188	,360"	,302"	,329"	,094	,223"	,180	,114	,232	,145	,291"	,750"	,817"	,721"	1,000	,209"	,273"	
		Sig. (2-tailed)	,000	,723	,000	,669	,006	,061	,000	,002	,001	,354	,026	,073	,259	,020	,149	,003	,000	,000	,000	,000	,037	,006	
		N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	SF_GERAL	Correlation Coefficient	-,271"	,217"	-,258"	,027	,512"	,391"	,182	,276"	,255"	,803"	,857"	,875"	,778"	,502"	,619"	,598"	,311"	,297"	,281"	,209"	1,000	,761"	
		Sig. (2-tailed)	,006	,030	,010	,790	,000	,000	,070	,005	,010	,000	,000</												

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Tabela 14** Teste de Spearman's rho para testar as correlações

